Rok XXXIV. Kraków 19. Października 1895 r. Nr. 42.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. Prof. Dr. Józef Oettinger (wspomnienie pośmiertne). — II. BUJWID: Doświadczenia nad rozpoznaniem gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny. — III. JORDAN: Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi (ciąg dalszy). — IV. MISIEWICZ: Kilka uwag o stósowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych u cekich (dokończenie). — V. *Oceny i sprawozdania.* KOWALSKI: Zasady wodolecznictwa. — ROSNER i ŚWITALSKI: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4 (ciąg dalszy). — *Toksykologia.* THOMSON: Przypadek otrucia się nadmanganezanem potasowym *in substantia* zakończony śmiercią. — *Okulistyka.* AHLSTRÖM: O działaniu antyseptycznem łez. — WICHERKIEWICZ: O pęcherzach brzegów powiekowych. — *Zapiski terapeutyczne.* 124. LANZ: O leczeniu otrucia fosforem za pomocą nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) z uwagami nad częstem wydarzaniem się otrucia fosforem w Pradze czeskiej. — 125. QUINCKE: O punkcyi lędźwiowej (*Lumbalpunction*) — VI. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — VII. BORZĘCKI: Sprawozdanie z V zjazdu Towarzystwa dermatologicznego niemieckiego w Gracu. — VIII. *Wiadomości bieżące.* — IX. *Ogłoszenia.*

Prof. Dr. Józef Oettinger.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ponosi w roku bieżącym już drugą stratę, w dniu 2. bowiem b. m. zgasł po ciężkiej i długiej chorobie Dr. **Józef Oettinger**, b. profesor historyi medycyny.

Bł. p. prof. **Oettinger** urodził się 7. Maja 1818 r. w Tarnowie, kształcił się w szkołach publicznych w Krakowie i tu uzyskał stopień doktora medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim w roku 1843. a stopień doktora chirurgii w r. 1850. W zastępstwie chorego profesora, ś. p. Hechella wykładał w półroczu letniem roku 1851. w Uniwersytecie Jagiellońskim historyę medycyny i medycynę publiczną. We dwa lata potem polecił go Wydział lekarski Ministerstwu oświaty na pierwszą z tych katedr, lecz władza z powodów politycznych odmówiła zatwierdzenia, nie dopuściła go także w roku 1862. do stanowiska docenta prywatnego, którym po ustaniu przeszkody został dopiero w roku 1868, mianowany zaś profesorem nadzwyczajnym w roku 1873. Jako członek b. Towarzystwa naukowego krakowskiego był Zmarły członkiem nadzwyczajnym Akademii Umiejętności w Krakowie, członkiem b. Towarzystwa lekarzy podolskich i Towarzystwa lekarskiego warszawskiego a w uznaniu swych zasług członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, którego był także przez rok prezesem. Zmarły był nadto lekarzem naczelnym szpitala izraelickiego krakowskiego i na tem stanowisku odznaczał się sumiennością w spełnianiu swych obowiązków i niezwykle łagodnem i względnem postępowaniem z chorymi. Gdy b. Towarzystwo naukowe krakowskie postanowiło w roku 1862. założyć i wydawać *Przegląd lekarski*, profesor **Oettinger** stał się odrazu jego najczynniejszym współpracownikiem, następnie jednym z redaktorów a w końcu głównym redaktorem aż do przemiany w r. 1872. b. Towarzystwa naukowego krak. w Akademię Umiejętności.

Zmarły profesor **Oettinger** pracował naukowo, czego dowodem cały szereg prac drukiem ogłoszonych, których spis załączamy, utrzymywał się zawsze na wysokości nauki i był wybornym znawcą języka polskiego, którym nie tylko władał po mistrzowsku, ale którego czystości przestrzegał z nadzwyczajną skrupulatnością, lecz bez przesady prowadzącej nieraz do tworzenia dziwolągów językowych, w pismach swoich i w pracach nadsyłanych *Przeglądowi lekarskiemu.* To też gruntowne znawstwo języka polskiego sprawiło, iż Towarzystwo lekar-

skie krakowskie uważając go za powagę na tem polu poruczyło mu wraz z nieżyjącymi także już teraz prof. Janikowskiem i Drem Aleksandrem Kremerem opracowanie naprzód Uzupełnienia słownika lekarskiego wydanego w r. 1842. przez proff. Majera i Skobla a następnie opracowanie: Słownika terminologii lekarskiej polskiej, który po śmierci obydwóch swych towarzyszy pracy doprowadził w roku 1881. szczęśliwie do końca; z jakim skutkiem, świadczy okoliczność, iż całe wydanie wyczerpano zupełnie w kilku latach.

W życiu społecznem i towarzyskiem odznaczał się prof. **Oettinger** delikatnością w obejściu, pojednawczością i wyrozumiałością tak, iż śmiało rzec można i jak o tem świadczy ogromny udział ludności w jego pogrzebie, Zmarły nie tylko nie miał żadnych nieprzyjaciół, ale nawet i sobie niechętnych.

Spis prac profesora **Oettingera**:

a) *Prace lekarsko-historyczne.*

Jos. Struthii med. posn. vita et duorum ejus operum... bibliographico-critica disquisitio. Cracoviae 1843., str. V. i 168. z ryciną.

Umiejętność lekarska wobec szkół i t. d. Kraków 1863, w 8-ce, str. XVI. i 182.

Kilka wspomnień z dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. Kraków, *Przegląd lek.* 1874—1876.

Rys dawnych dziejów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. i t. d. Część I. od założenia Uniwersytetu aż do końca XVI. stulecia. Kraków 1878. in 8°, str. 212. (Odbitka z VI. tomu Rozpraw Wydz. filolog. Akad. Umiej. str. 183—424.

Nieco z dziejów lek. przedhistorycznych. (Wyjątek z rękopisu obszerniejszego). *Przegląd lek.* 1879.

Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnej krytyki. *Przegląd lek.* 1879.

Zapiski lekarskie ze stulecia XVI. ze spółczesnego rękopisu łacińskiego zebrał i przełożył. Tamże 1880.

b) *Prace historyczno-lekarskie popularne.*

O przesądach lek. Kraków 1867, in 8°, str. 28. (Odbitka z *Przeglądu Polskiego.* Lipiec 1869).

O obłędach pospólnych 1868. Kalina, streszczenie wykładu publicznego.

Rzut oka na najcelniejsze nabytki doświadczenia lek. Kraków 1870. (Odbitka z *Przeglądu Polskiego*, w 8-ce, str. 34).

c) *Epidemiologia.*

Cholera nagminna w Krakowie w r. 1866. Sprawozd. urzędowe 1867. in 8°, str. 33.

Przyczynek do obrazu epidemiologicznego m. Krakowa w ciągu 25-lecia od 1844—1868. *Przegląd lek.* 1869.

Rzut oka na ruch chorych i chorób w szpitalu izraelickim krakowskim. *Przegląd lek.* 1871.

Dżuma w Europie w stuleciu bieżącem i przeszłem. (Dwutygodnik med. publ. 1879).

Uwagi nad głównemi dziś chorobami nagminnemi: gorączką powrotną w Rosyi i zapaleniem opon mózgordzeniowych w Niemczech. *Przegląd lek.* 1865.

d) *Medycyna publiczna.*

Prawidła ochrony osobistej od cholery zalecone i ogłoszone przez Komisyę zdrowia Rady m. Krakowa 1866.

e) *Kazuistyka lekarska.*

Róg na głowie niewiasty. *Przegląd lek.* 1862.

Obłąd ośmiodniowy po pobycie w izbie napełnionej wyziewami chloroformu. Tamże.

Cięcie przepuklinowe wykonane pomyślnie. Tamże.

Opis przypadku gruźlicy z urazem rdzenia przedłużonego i t. d. Tamże.

Spostrzeżenia lek. ze szpitala izrael. w Krakowie z roku 1858. Tamże, 1863.

Przewrotny układ wnętrzności i t. d. na żywym rozpoznał i opisał. Tamże. 1863.

Przypadek uwięźnienia nerki opadłej. Tamże, 1864.

Wiadomość o rozeznanem na żywej osobie przewrotnem ułożeniu trzew i t. d. Rocznik Tow. naukowego krak. Tom VI. 1866, str. 33.

Przypadek rozmiękczenia kości. *Przegląd lek.* 1868.

Obłąd przemijający śród zimnicy. Tamże, 1873.

Zgorzelina palców rąk śród cierpienia sercowego. Tamże, 1873.

Niedomoga sercowa ostra. Tamże.

Rozkurczowe brzmiące drganie w ujściu tętnicy głównej. Tamże, 1874.

f) *Sprawozdania i krytyki naukowe.*

Krytyki i rozbiory różnych dzieł lekarskich i czasopism, zamieszczone przeważnie w *Przeglądzie lek.*, niektóre w odcinku *Czasu*; 1863 i 1883, także w *Przeglądzie krytycznym.*

g) *Prace lingwistyczne.*

Niektóre ważniejsze właściwości polszczyzny w porównaniu z mową niemiecką. Kraków 1869, in 8°, str. 36. (Odbitka z XI. tomu Rocznika Tow. nauk. Kraków 1869).

Uzupełnienie słownika Majera i Skobla, spólnie z prof. Janikowskim i A. Kremerem. Kraków 1876, str. 130.

Słownik terminologii lek. polskiej, spólnie z A. Kremerem i St. Janikowskim. Kraków 1881, str. XVI.—538.

h) *Przekłady.*

Księga Hippokrata o powietrzu, wodach i miejscach, z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył. *Przegląd lekarski* 1880.

Dra Jana Kundrata wykład objaśniający do anatomicznych tablic ściennych (przeznaczonych dla szkół) z niemieckiego w Wiedniu 1872.

Ostateczna redakcya przekłady pedyatryi prof. Steinera spólnie z prof. Drem M. Jakubowskim: Rys nauki o chorobach dzieci i t. d. Kraków 1877, str. 394.

i) *Biografie.*

Skobla, Dietla, St. Janikowskiego, Brodowicza, Andrz. Janikowskiego, Herbicha, Jakubowskiego, Girsztowta, Wunderlicha, Traubego (w *Przeglądzie lekarskim*).

Domański.

II. Doświadczenia nad rozpoznaniem gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny.

Podał

O. BUJWID.

Znaną jest powszechnie trudność rozpoznania wczesnych okresów gruźlicy. Trudność ta jest tak wielką, że najwprawniejsi klinicy mylą się częstokroć i rozpoznają gruźlicę wówczas dopiero, gdy sprawa zaszła już bardzo daleko, gdy całe płaty płuc już są zajęte. Nad rozwiązaniem kwestyi rozpoznawania gruźlicy pracowali bez skutku liczni badacze. Niedawno w tej mierze miał bardzo wyczerpujący odczyt Grancher; dochodzi on do wniosku, że wczesne stadya gruźlicy ludzkiej najlepiej dadzą się rozpoznawać za pomocą tuberkuliny.

Istotnie rozpoznanie za pomocą tuberkuliny stanowić powinno jedną z najważniejszych metod pomocniczych. Badania, które w tym względzie porobiono, przekonywają, że ostrożne stósowanie tuberkuliny zupełnie nie szkodzi. Do obecnej chwili ja sam obserwuję kilka osobników poddanych przed paru laty działaniu tuberkuliny, bez żadnej szkody dla zdrowia.

Jeżeli rozpoznanie gruźlicy u ludzi stanowi trudność poważną, o ileż trudniejszem jest ono u zwierząt a w szczególności u bydła.

U człowieka rozpoznanie możliwe jest przynajmniej przez mikroskopowe badanie plwociny; u zwierząt droga ta jest całkowicie zamkniętą. Mianowicie wczesne stadya gruźlicy w zupełności nie ulegają rozpoznaniu. Przed kilkoma miesiącami podałem streszczenie prac Nocarda nad gruźlicą [1]). Przytoczone są tam przykłady daleko posuniętej a nierozpoznanej gruźlicy, n. p.: opasowy wół, nagrodzony na konkursie, kupiony za 880 fr. na rzeź, po zabiciu okazuje się tak dalece opanowanym przez gruźlicę, że mięso zostaje zniszczone. I dużo podobnych przykładów przytacza Nocard i inni badacze, zkąd widać, jak bezsilne są dotychczasowe metody.

Przed trzema laty zwróciłem już uwagę, że u zwierząt gruźlicą doświadczalnie zaszczepioną dotkniętych, bardzo prędko wykazać można uogólnienie się sprawy za pomocą wstrzyknięcia tuberkuliny. Doświadczenia robiłem wówczas przeważnie na drobnych zwierzętach: morskich świnkach i królikach i u tych odczyn gorączkowy po wprowadzeniu tuberkuliny występował stale.

Zachęcony wynikami Nocarda w pracy powyższej już wzmiankowanej, zalecałem wypróbować i u nas działanie tuberkuliny. Gruźlica u bydła, jak wiadomo, jest bardzo rozpowszechnioną, bydło zaś obficie mleko dające jest szczególnie na ten zarazek wrażliwe, tak dalece, że gdziekolwiek do obory dostanie się przypadkowo sztuka gruźlicza a mianowicie, jeżeli to jest buhaj rozpłodowy, natenczas gruźlica szerzy się, z początku skrycie, coraz bardziej i nie pozostaje nieraz nic innego, jak całkowicie zmienić hodowlę a co gorsza, rozpocząć hodowanie rasy mało mleka dającej, zwykle na gruźlicę nie tyle wrażliwej.

[1]) Wyczerpującą literaturę odnośną opracował prof. Królikowski. Przegl. Weter. 1893.

Dzięki zaleceniu prof. Adametza a uprzejmości p. J. Wiktora, właściciela dóbr Czudca, gdzie od lat wielu prowadzi się wzorowa obora zarodowa, uzyskałem możność zastosowania tuberkuliny na szerszą skalę. Z początku zrobiliśmy próbę na kilkunastu sztukach odpowiednio wybranych, później zaś zastósowaliśmy tuberkulinę w 3 oborach folwarków na 154 sztukach wyborowego bydła, przeważnie holenderskiej rasy.

Nadmienić tutaj muszę, iż dzięki starannej hodowli tu zaprowadzonej prawie bez wyjątku wszystkie sztuki są doskonale odżywione tak, iż zupełnie nie zdradzają zachorowania a nawet sztuki gruźlicą dotknięte ulegają samodzielnemu wyleczeniu, jak o tem przekonywa jedna z niżej podanych obserwacyj; sztuki zaś podejrzane bywają usunięte od obcowania z bydłem zdrowem, skoro tylko pierwsze podejrzane objawy wystąpią.

Oboje Państwo Wiktorowie okazali tyle gotowości do ułatwienia, ile możności doświadczeń, że w znacznej części pewność otrzymanych wyników temu zawdzięczyć należy. Szczególnie pani W. dostarczyła nieocenionych wskazówek, dzięki którym mogliśmy łatwo oryentować się w szczegółach dotyczących wieku, pokrewieństwa, czasu przebywania w jednej oborze i t. p. Techniczną stronę szczepień przyjął na siebie weterynarz miasta Strzyżowa, p. J. Jerwa, którego gorliwości zawdzięczyć należy ścisłość obserwacyi. Pomiary termometrem wykonaliśmy przy pomocy p. L. Dzierżanowskiego, administratora i p. Pawikowskiego. Dzięki tej chętnej i umiejętnej pomocy wyniki otrzymane istotnie przeszły moje oczekiwania a jakie były, postaram się w krótkości opisać.

Przedewszystkiem po wspólnem porozumieniu się wybraliśmy do przedwstępnej próby dwanaście sztuk, z których 6 było zupełnie zdrowych, 6 zaś napozór podejrzanych, nieco starszych, w części o mizerniejszem wejrzeniu, jakkolwiek istotnie wszystkie sztuki, nawet podejrzane były dobrze odżywione. 13. Maja o godz. 4—6 popołudniu przy pomocy Dra Kaczyńskiego, mego Asystenta, zaszczepiliśmy wszystkim tym sztukom tuberkulinę w ilości 0·2—0·3 grama, rozcieńczona wodą wyjałowioną. Tuberbulina była przygotowana przeze mnie w Zakładzie higienicznym w Krakowie, podług sposobu opisanego przezemnie w r. 1892.

Następnego dnia, t. j. od godz. 6—10 rano, w 12 do 18 godzin po szczepieniu tuberkuliny rozpoczęliśmy pomiary termometryczne. Reakcyę wynoszącą 1·5—2 C° ponad normę (przed szczepieniem średnio 38·5, po szczepieniu 40·3), wykazały 4 sztuki, z nich 1 uważana za zdrową i 2 z podejrzanych.

Zdrowa sztuka, doskonale odżywiona, 4 lata, **Borówka**, na pozór nie przedstawiała nic podejrzanego. Objawy przysłuchowe i wypukowe również nie istniały. Ponieważ u niej nikt nie przypuszczał możliwości gruźlicy, więc wszyscy byliśmy pewni, że nas tuberkulina zawiodła. Państwo Wiktorowie dla zdecydowania sprawy poświęcili tę sztukę na zabicie, którego też zaraz dokonano.

Przy nadzwyczaj drobiazgowej autopsyi, wykonanej przez nas wspólnie z p. Jerwą, wobec p. Wiktorów oraz p. Pawlikowskiego, po długich poszukiwaniach wykryliśmy jedno drobne ognisko serowate, zwapniałe w dolnej części prawego płuca i podobne, drobne ognisko w wątrobie wielkości laskowego orzecha. Żadnych innych zmian nie wykryto. Oba te ogniska po przywiezieniu do zakładu mego w Krakowie

zostały zbadane mikroskopowo i cząstki zaszczepiono 4 świnkom morskim. Po miesiącu 2 świnki szczepione ogniskiem z wątroby przedstawiały typową gruźlicę, 2 szczepione cząstką ogniska z płuca zostały zdrowe. Nadmienić należy, że mikroskop nie uwydatnił zarazka; tak małą widocznie była jego ilość nawet w ognisku gruźliczem w wątrobie. Poniżej wrócimy jeszcze do tej obserwacyi. Zachęceni tym wynikiem, poddaliśmy próbnemu szczepieniu 98 sztuk bydła holenderskiego i krajowego w dniu 20. Maja b. r. Z nich 17 sztuk pokazało reakcyę w mniejszym lub większym stopniu.

Postanowiliśmy wówczas dla stwierdzenia rozpoznania zabić roczniaka buhaja, który reagował na 1·5° C., i drugą sztukę, którą ze względu na wejrzenie uważano za podejrzaną, a która jednak pomimo dwukrotnego wstrzyknięcia tuberkuliny wcale nie reagowała.

Po zabiciu i szczegółowem rozpatrzeniu narządów buhaja, znaleźliśmy jeden drobny guzik w płucu, żadnych zaś zmian w innych narządach nie było z wyjątkiem powiększonych nieco gruczołów oskrzelowych. Guzik ten był drobnem, świeżem ogniskiem wielkości małego laskowego orzecha; również, jak i dawniej znalezione ogniska w wątrobie u poprzednio zabitej sztuki, pod wpływem tuberkuliny był on otoczony przekrwioną tkanką, co już na oko ułatwiało rozpoznanie. Dla wszelkiej pewności i w tym przypadku poddałem go badaniu mikroskopowemu i zaszczepiłem cząstkę z niego dwom świnkom morskim. Mikroskop w tym przypadku wykrył bardzo nieliczne bakterye gruźlicze, świnki morskie jednak obie już po miesiącu przedstawiały wybitną gruźlicę.

(Dokończenie nastąpi).

III. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Przypadek II. L. prot. 89. z r. 1895. M. R. przyjęta do kliniki 4. Lutego, wieśniaczka, lat 25, zamężna od 5 lat, rodziła raz przed 4-ma laty i przebyła połóg prawidłowy. Od 17-go roku życia miesiączkowała regularnie; dopiero przed rokiem wstrzymał się peryod na dwa miesiące, poczem doznała w podbrzuszu gwałtownych bólów, dreszczu i gorączki, co ją w łóżku przytrzymało przez dwa miesiące. Następnie czuła się zdrową i miesiączkowała regularnie aż do Października 1894. r. W Listopadzie nie było regularności; w połowie Grudnia wystąpiły bardzo silne bóle dołem i w krzyżach, które acz w słabszym stopniu utrzymują się dotychczas. W połowie Grudnia pojawił się odpływ krwawy, który dotychczas nie ustał.

Stan obecny: W sutkach zrazy gruczołowe wyraźne przy ucisku wydzielają krople kleju; obwódka ciemniej zabarwiona. Linia środkowa na brzuchu naznaczona. Nad pachwinami i spojeniem łonowem żadnego nadzwyczajnego oporu. Na błonie śluzowej przedsionka i pochwy przebija sinawe zabarwienie; ściany pochwy wyraźnie rozpulchnione. Część pochwowa długa na $1^1/_2$ falangi, obła i nieco pulchna znajduje się niżej i zwrócona jest ujściem zewnętrznem ku stronie lewej. Trzon macicy jest wyraźnie grubszy i odgina się ku stronie prawej, oraz ku tyłowi. Od strony lewej daje się wybadać przez sklepienie przednie i boczne guz okrągławy wielkości cytryny, w wysokości wchodu miednicy położony, o powierzchni nie całkiem gładkiej. Guz ten miękawy, miejscami elastyczny jest ruchomy i przechodzi ku macicy w cienki postronek długości kilku cm. Jajników wybadać nie można; prawdopodobnie wchodzi jeden z nich w skład opisanego guza, gdyż w jednem miejscu od tyłu znajduje się wyniosłość zbitsza, postacią jajnik przyrosły przypominająca. Długość macicy wynosi 7 cm.; zgłębnik wykazuje wyraźnie na błonie macicy nierówności.

Rozpoznanie: *Graviditas extrauterina tubaria II mensium.*

Laparatomia wykonana 7. Lutego 1895. Po przecięciu ściany brzusznej okazało się, że macica nieco powiększona odgięta jest ku tyłowi, że jej *adnexa* prawe zachowują się prawidłowo a po stronie lewej rozszerza się koniec brzuszny trąbki w guz wielkości małej pomarańczy, czerwono-brunatno zabarwiony, wolny od zrostów, łatwo przeto ruchomy. Reszta trąbki, dążącej ku macicy zachowuje się prawidłowo; jajnika lewego znaleść nie można, gdyż widocznie wchodzi w skład guza.

Uniósłszy guz ten na zewnątrz rany podwiązałem przylegającą do niego część więzadła szerokiego czterema podwiązkami jedwabnemi przy pomocy igły Dechampa, poczem guz odciąłem. Macicę odprowadzoną w prawidłowe położenie przyszyłem następnie do otrzewny przedniej ściany brzusznej (*ventrofixatio*) w sposób, jak się to zwykle odbywa w klinice krakowskiej, a który opisał asystent kliniczny Dr. L Świtalski w *Przeglądzie lek.*, poczem spoiłem ranę brzuszną. Przebieg pooperacyjny całkiem był prawidłowy i bezgorączkowy. Pacyentka wyszła z kliniki zdrowa 2. Marca 1895.

Badanie guza wyjętego z jamy brzusznej wykazuje zbitość jego niejednostajną i powierzchnię falistą, na której w długości prawie 4 cm. przebiega trąbka Fallopiego z guzem zrosła, aż przechodzi w ścianę guza. Jajnika na powierzchni guza makroskopijnie nie widać, ale badanie drobnowidowe tylnej ściany guza wykazało wyraźnie utkanie jajnika. Po przecięciu guza w środku jego znajdowała się jama, wypełniona płynem surowiczym a w jamie tej zarodek, odpowiadający mniej więcej 2 miesiącom rozwoju, zawieszony na pępowinie na centymetr długiej. Jama wysłana jest błoną owodnią. Na przekroju poprzecznym ściany guza widać, idąc od wewnątrz ku zewnątrz *amnios*, *chorion* z kosmkami wśród przestworu wypełnionego skrzepami krwi, dalej *decidua* (z charakterystycznemi komórkami a najbardziej na zewnątrz włókien mięśni gładkich, grubą warstwę tworzących, bez porządku ułożonych). Płaski nabłonek otrzewny na powierzchni zewnętrznej guza można było wykazać tylko miejscami.

Z badania tego wynika, że jaje płodowe rozwijało się w ampulli trąbki, zamieniając jej błonę śluzową na błonę doczesną. Jajnik, który znajdował się poza kielichem, zrósł się z tylną powierzchnią guza. Pokład mięśni gładkich trąbki w skutek wzrostu jaja płodowego uległ silnemu przerostowi, tworząc grubą bardzo warstwę.

Przypadek III. L. prot. 85. z roku 1895. E. K., lat 35, zamężna od lat 18, rodziła 4 razy prawidłowo; po raz ostatni przed 7 laty. Aż do Marca 1894. czuła się zdrową i miesiączkowała regularnie. W Marcu dostała dreszczu i gorączki w czasie, gdy miała się pojawić regularność, która się spóźniła o 2 tygodnie. Od tego czasu już się zdrową nie czuła. W Czerwcu opóźnił się peryod znowu o 2 tygodnie, poczem rozpoczęło się krwawienie, które w stopniu miernym trwało przez 20 tygodni; krwawieniu towarzyszyły bóle początkowo, jakby porodowe, następnie ostre, kłujące w okolicach pachwinowych obok bólu tępego ciągłego w krzyżach. Bóle te utrzymują się dotychczas ciągle. 17. Października przyjętą została pacyentka do kliniki ze stanem podgorączkowym, ale już nie krwawiąc.

Rozpoznano: *Exsudatum para- et perimetriticum ingens.*

Zastósowano spokój ciała, okłady wysychające i czopki z morfiną, dla braku jednak miejsca przeniesiono chorą do szpitala 2. Listopada, gdzie do dnia 29. Stycznia 1895. pozostawała. W czasie tym leczono ekssudat okołomaciczny i przymaciczny w sposób zwykły spokojem ciała i okładami wysychającymi, dopóki trwał stan podgorączkowy, a następnie ichtyolem zastósowanym w gałkach do pochwy i w maści na podbrzusze, kąpielami ciepłemi, aż wreszcie przystąpiono do mięsienia według metody Thure Brandta. W czasie mięsienia, wykonywanego przez sekundaryusza oddziału, Dra F. Kośmińskiego, ustępował wysięk dość szybko a w miarę tego zaczęły się coraz wyraźniej wyłaniać dwa guzy odrębne, blisko macicy położone, na które mięsienie już żadnego wpływu nie wywierało. Badanie wykazało teraz, że jeden z tych guzów po prawej stronie macicy i w wysokości wchodu miednicy położony a od macicy rowkiem wyraźnie oddzielony, jest wielkości pięści męskiej, kulisty, wyraźnie ograniczony, elastyczny, niebolesny, nie wiele jednak ruchomy. Tumor ten dochodzi do połowy tylnego sklepienia, którego drugą lewą połowę zajmuje guz drugi, rozciągający się ku lewej ścianie bocznej miednicy i ku przodowi, nie dający się ściśle ograniczyć, ale mniej więcej także wielkości pięści, całkiem nieruchomy, bardzo bolesny, o powierzchni nierównej i zbitości niejednostajnej. Macica znajduje się między obydwoma guzami ku przodowi nagięta, ruchoma i nieco powiększona. Pochwa jest mocno rozpulchniona, jej błona śluzowa nie okazuje jednak wyraźnego zabarwienia sinego; z sutków daje się wydobyć kilka kropel kleju. Tu wypada dodać, że z powodu długiej choroby odżywianie chorej było liche, osłabienie ogólne dość znaczne, i że chora przebyła w Grudniu 1894. roku i Styczniu 1895. roku miesiączkę skąpą, po dwa dni trwającą.

Na podstawie powyżej opisanego wyniku badania można było rozpoznać: *cystis ovarii dextri, exsudatum para- et periuterinum sinistrum;* co się zaś tyczy przyczyny, która sprowadziła wysięk po stronie lewej i tak go długo podtrzymywała, tej można się było ledwie domyślać. Uwzględniając wywiady i przebieg choroby, uwzględniając powiększenie macicy, obecność kleju w sutkach, oraz wzmiankę chorej, iż w Czerwcu, gdy się jej regularność wstrzymała, uważała się za ciężarną, objawiłem przed operacyą zdanie, iż najprawdopodobniej guz po stronie lewej jest następstwem zmian wytworzonych w skutek przerwanej ciąży zamacicznej.

Pod względem leczniczym wskazaną była celiotomia, gdyż domagał się jej bezwzględnie torbiel prawego jajnika; guz zaś lewy, aczkolwiek co do jego przyrody nie było pewności, nie tworzył żadnego przeciwwskazania, — wręcz przeciwnie tylko otwarcie jamy brzusznej mogło ostatecznie jego istotę wyjaśnić i usunięcie umożliwić. Przeniesiono zatem chorą ze szpitala do kliniki, gdzie Dr. Kośmiński wykonał operacyę 8. Lutego b. r. Po przecięciu ściany brzusznej okazało się, że macica nieco powiększona nagiętą była ku przodowi; po stronie jej prawej znajdował się tumor elastyczny, wielkości dobrej pięści, przyrosły do tylnej blaszki więzadła szerokiego i do dna Douglasa, oraz zachodzący nieco poza macicę. Trąbka po tej stronie znacznie była wydłużona, pokręcona, ampułkowato rozszerzająca się ku ujściu brzusznemu zupełnie zamkniętemu. Po stronie lewej trąbka jest także wydłużona, rozszerza się blisko końca brzusznego i przechodzi bezpośrednio w tumor wielkości dobrego jaja strusiego, który jest przyrosły do dna zatoki Douglasa, do tylnej blaszki więzadła szerokiego i do bocznej ściany miednicy. Jajnik lewy przylegał ściśle do tumoru lewego i był z nim zrosły. Rozpatrzywszy się w tych stósunkach oddzielono torbiel jajnikowy prawy od otoczenia, przerywając zrosty na tępo palcami, poczem odpowiednią część więzadła szerokiego podwiązano czterema jedwabnemi ligaturami i odcięto torbiel wraz z trąbką. Na tępo również oddzielono tumor lewy od otoczenia a udało się to łatwiej, niż się obawiano, zrosty bowiem, acz bardzo były rozległe, łatwo się przerywały. Pokazało się przytem, że guz był wielkości jaja strusiego, że wychodził z bardzo rozszerzonego końca brzusznego trąbki lewej i miał jako osłonę na powierzchni grubą warstwę wypociny włóknikowej. Odcięto go wraz z częścią trąbki, podwiązawszy poprzednio część więzadła szerokiego w podobny sposób, jak po stronie prawej.

Badanie anatomiczne wyciętych guzów wykazało, że guz prawy był cystą jajnikową jednokomorową, wypełnioną treścią jasną, gęstości syropu, guz zaś lewy wykazywał na przekroju same stare skrzepy krwi, otoczone częściowo ścianą końca brzusznego trąbki, częściowo zaś wypociną włóknikową, która w warstwie grubej guz pokrywała. Jamki wyścielonej owodnią, jak w przypadku II., nie znaleziono na przekroju guza, ale w płatkach, pochodzących ze ściany guza, udało się Drowi Świtalskiemu, który poddał skrawki badaniu histologicznemu, wynaleść kosmki kosmówki i tem poprzeć domysł, że guz ten pochodził z ciąży zamacicznej, a mianowicie z jaja płodowego, które się w kielichu trąbki lewej rozwijało i prawdopodobnie w skutek poronienia z trąbki wywołało krwistek *(haematocele)* śródotrzewnowy, ograniczony, z następowem zapaleniem otrzewny przyległej. Obie trąbki były zgrubiałe w swych ścianach; błona śluzowa ich przewodów obrzmiała i pofałdowana.

Przebieg pooperacyjny, o ile dotyczył rany i brzucha, zupełnie był normalny; w czasie rekonwalescencyi jednak rozwinęła się gruźlica, z powodu czego chora przeszła do kliniki chorób wewnętrznych. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV.

KILKA UWAG
o stósowaniu mechanoterapii w chorobach jamy miednicy i narządów moczopłciowych męzkich.

Podał

M. Misiewicz w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Stósując przez długi czas mięsienie narządów i powłok brzusznych, dziwiłem się nieraz nader małym postępom i wysiłkom moim, oraz innych kolegów. Mięsienie robiono dobrze, z zachowaniem wszelkich prawideł. Dopiero po zastósowaniu ruchów biernych i duplikowanych (z oporem) wyniki okazały się doskonałemi. Ruchy gimnastyczne, podobnie jak i mięsienie przyśpieszają obieg krwi, obrót limfy, przemianę materyi, usuwają zanik mięśniowy, a że układ mięśniowy jest w nader ścisłym związku z nerwami, wpływają więc one i na narząd nerwowy. Birch-Hirschfeld twierdzi, iż dodają one odwagi i poczucia siły chorym melancholikom i psychicznie bezwładnym. Ruchy więc bierne, umiejętnie wykonane nie tylko uzupełniają mięsienie, ale tam, gdzie chodzi o skutek rychły, są zabiegiem niezbędnym. Z drugiej znów strony wykazały doświadczenia Zabłudowskiego, iż ruchy gimnastyczne tylko po mięsieniu w wielu przypadkach dadzą się przeprowadzić a odnosi się to przedewszystkiem do mięsienia narządów miednicy.

I tu zachować należy prawidła przy mięsieniu przytoczone, t. j. pamiętać o umiejętnem zastósowaniu siły, zupełnem rozluźnieniu powłok brzusznych, głębokiem, spokojnem oddychaniu pacyenta i uwzględnianiu własności każdego przypadku. Nie należy też zapominać o mimowolnych skurczach mięśniowych, nieraz połączonych z uczuciem bólu a występujących w razie zmęczenia chorego, lub zbytniego wysiłku

pewnej grupy mięśniowej; wtedy należy przerwać ruchy na kilka minut i ćwiczenia w tej mierze ograniczyć o ile można.

Do najważniejszych dla jamy brzusznej ruchów biernych należą następujące:

1) Chory chwyta wyciągniętemi ramionami i rękami rek wiszącej drabinki, lekarz zaś kładzie ręce po obydwóch stronach miednicy i obraca nią kilka razy w prawo i tyleż w lewo, starając się wykonać ruchy koliste. Chory przytem spokojnie stać powinien na miejscu (*Klafterstehend Huftrollung* Zandera).

2) Chory klęczy na poduszce, z rękami opartemi na biodrach, lekarz staje z tyłu, chwyta go obydwiema rękami pod pachy i prędko obraca tułowiem ku lewej i prawej stronie 10—12 razy. Thure Brandt opiera przytem swe lewe kolano o kość krzyżową pacyenta i z pewną siłą uciska ją w ten sposób, iż całą miednicę wysuwa stopniowo ku przodowi, poczem obraca tułowie naprzemian na prawo i na lewo 10—12 razy. (*Kniestehend Beckendrehung* Zandera, *Niedrigbogenspaltknieend Schraubendrehung* Thure Brandta).

3) Chory w pozycyi leżącej zgina cokolwiek jednę nogę w stawie kolanowym. Lekarz chwyta lewą ręką za stopę, prawą za kolano i wykonywa nogą 6—8 ruchów kolistych obrotowych na prawo i tyleż na lewo, nie przechodząc nigdy linii środkowej. (*Halbliegend Oberschenkelrollung*).

Rękoczyn ten kończy się silnem zginaniem i wyprostowywaniem kości udowej w stawie biodrowym, t. zw. *Halbliegend Oberschenkelbeugung und Streckung* (Zander).

4) Chory ma nogi wyprostowane w pozycyi leżącej. Lekarz chwyta jedną ręką za piętę, drugą za kość rzepkową i podnosi powoli wyprostowaną w stawie kolanowym kończynę ku górze tak wysoko, jak to się okaże możliwem, t. j. póki na to pozwalają zginacze goleni, popadające wskutek tego rękoczynu w mimowolny skurcz, nerw zaś kulszowy (*ischiadicus*) przytem mocno rozciąga się. Zabieg ten jest bardzo skutecznym w wysiękach i złogach zapalnych jamy miednicy, ugniatających nerw kulszowy. Stanowi on przejście od ruchów biernych do t. z. duplikowanych, czyli ruchów biernych z oporem (*Widerstands-Bewegungen*).

Z tych ostatnich najczęściej stosuję tylko następujące, jako bezpośrednio działające na muskulaturę brzucha i miednicy:

1) Dla wywołania napływu krwi tętniczej do miednicy wykonywa się obroty miednicy na prawo i lewo z oporem w kierunku przeciwnym ze strony chorego. Chory trzyma się za nieruchomy wałek lub inny przyrząd, lekarz staje z tyłu i kładzie prawą rękę na *crista ilei dextra*, lewą zaś na okolicę pachwinową lewą i robi obroty wyżej wspomniane na lewo, zmieniwszy zaś ręce w kierunku przeciwnym, robi takież ruchy na prawo. (*Stützspaltstehend Beckendrehung*).

2) Chory trzyma się za wałek drabinki, lekarz staje z tyłu, opiera obiedwie ręce o biodra i wykonywa, przy oporze ze strony chorego, tak długo ucisk, aż tułów, pierwotnie na $1/2$ metra od drabinki oddalony, zbliży się zupełnie do niej, poczem chory z pewną siłą wraca do pierwotnego położenia, starając się zwalczyć opór ze strony lekarza. Ćwiczenie to wskazanem jest w osłabieniu mięśni brzucha i lędźwi. (*Stützspaltstehend Beckenniederdrückung*).

3) Dla wzmocnienia mięśni pęcherza moczowego używam następującego ćwiczenia. Chory siada na niskiej ławce i nachyla się i zgina tułów na dół a równocześnie odwraca je cokolwiek na prawo. Lekarz staje z tyłu, kładzie ręce na barki i stara się wyprostować tułów ku górze i jednocześnie wykręcić na lewo.

4) Ćwiczenie dla *ileopsoas*, polega na następującym rękoczynie. Chory leży na wysokiej ławce, z nogami wyprostowanemi w kolanach. Lekarz chwyta obie nogi, przyczem następuje powolne ich podnoszenie przez chorego przy małym oporze ze strony lekarza. Ćwiczenie to jest bardzo męczące i nie powinno być więcej nad dwa razy na jednem posiedzeniu wykonane.

Można też wzmocnić *ileopsoas* w ten sposób, iż chory odsunąwszy się o dwa kroki od ławki, opiera się potem o nią obydwiema rękami, lekarz zaś stojąc za nim chwyta jedną nogę i każe choremu unosić ją piętą ku górze, przyczem stawia się temu ruchowi niewielki opór. To samo powtarza się z drugą nogą.

Dla zreponowania przepukliny (*hernia*) często używam bardzo skutecznego rękoczynu: chory leży, jedno kolano cokolwiek zgięte, drugie zaś, odpowiadające przepuklinie uniesione do góry w ten sposób, aby kość biodrowa była pod kątem mniej więcej prostym do osi kości krzyżowej. Chwytam wtedy dłonią prawej ręki za grzbietową powierzchnię stopy i staram się nogę naciskać ku dołowi a kąt w stawie biodrowym zmniejszyć.

Przy wykonywaniu tego ćwiczenia na trupie widocznem jest powolne rozluźnianie się pierścienia pachwinowego, oraz skurcz mięśni, utrudniających wypadanie trzew.

5) Ćwiczenie dla mięśni ksobnych uda (*adductores femoris*) wykonywam w następujący sposób. Chory staje tyłem do drabinki i chwyta od tyłu za szczebel, lekarz staje z boku i chwyta za stopę obydwiema rękami, starając się przyciągnąć ją na zewnątrz, przy wyprostowaniu kolana, przyczem chory wykonywa ruch przeciwny, t. j. stara się nogę przyciągnąć do siebie. To samo powtarza się i z drugą kończyną.

6) Gdy chodzi o jednoczesne wzmocnienie mm. ksobnych, *ilepsoatis* i abduktorów, każemy choremu zawiesić się na szczeblu drabiny, chwytamy prawą ręką lewą stopę, lewą zaś kładziemy na prawej pięcie i wykonywamy silny ruch odsiebny obydwóch nóg jednocześnie na zewnątrz, przyczem chory stawia opór i przyciąga nogi do siebie. (*Hangend Schenkelabduction und Adduction* Zandera).

7) Ćwiczenie dla mm. wyprostnych uda i dla mm. międzykrocza: chory opiera się o walec drabinki i zgina silnie nogi w stawie kolanowym. Wtedy lekarz kładzie jedną rękę na krzyż, drugą na dolną okolicę jamy brzusznej i stara się utrzymać go w klęczącej pozycyi; chory przytem usiłuje podnieść się, wychylić się ku przodowi i wyprostować kolana.

8) Ćwiczenie dla *levator ani*, *bulbo-cavernosus* i dla gruczołu przyprątnego: chory leży z uniesioną głową i zgiętemi kolanami. Lekarz opiera lewą rękę na prawem kolanie, prawą zaś na lewem i stara się wykonać ruch odsiebny przy oporze chorego, który stara się utrzymać kolana przy sobie. Następnie odbywa się ruch przeciwny, t. j. chory wykonywa ruch odsiebny, lekarz zaś zbliża jego kolana, jedno do drugiego. Przy jednem i drugiem ćwiczeniu warunkiem jest niezbędnym, aby chory uniósł, jak najwyżej, miednicę i leżał oparty jedynie na plecach i sto-

pach. Rękoczyn ten stosuję często w bezwładzie i wypadnięciu odbytnicy.

Pozwoliłem sobie poświęcić słów kilka opisowi tych ćwiczeń w nadziei, iż koledzy praktycy mogą stosować je bez przyrządów i specyalnego przygotowania.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Edmund Kowalski: **Zasady wodolecznictwa.** Lwów 1895. 8⁰, str. 134.

Jak już sam tytuł pracy wskazuje, nie było zamiarem autora, aby napisać podręcznik leczenia hidryatycznego; ograniczył się on tylko do podania zasad fizyologicznych, na których opiera się nowoczesna hidroterapia. Pracę podzielił na 4 główne rozdziały: w 1-szym omawia wpływ podniet termicznych i mechanicznych, stosowanych zewnętrznie, w 2-gim zestawia działanie wody wprowadzonej do ustroju. Oba te działy stanowią poniekąd jedną całość, zajmując się fizyologicznem działaniem wody na ustrój ludzki w stanie fizyologicznym. Dział 3-ci omawia sprawę wodolecznictwa ze stanowiska patologii i uzasadnia na podstawie licznych doświadczeń i opartego na nich rozumowania leczenie hidropatyczne w przebiegu wielu chorób przewlekłych a przedewszystkiem chorób ostrych, zakaźnych.

Ustęp 4-ty odstępujący poniekąd od założenia samej pracy wyrażonego w tytule, zajmuje się poszczególnymi rodzajami t. zw. zabiegów wodoleczniczych, brak jednak tego działu wypadłby niekorzystnie dla całej pracy, której nie dostawałoby koniecznego zaokrąglenia.

Całe dziełko pod względem treści czyni nader miłe wrażenie; napisane jasno i treściwie w zupełności posłużyć może do poznania zasad hidropatyi i do zaznajomienia się nietylko z poszczególnymi zabiegami wodoleczniczymi, ale i ze sposobem, jak powinno się je wykonywać, co na wszelkie zasługuje uznanie.

Autor znany jest szerokiemu gronu lekarzy jako kierownik zakładu wodoleczniczego i klimatycznego w Jaworzu na Szlązku austryackim, gdzie znakomite dla rozwoju tego uzdrowiska położył zasługi, a skoro obok przygotowania teoretycznego w zakresie wodolecznictwa posiada długoletnie doświadczenie lekarskie i przestrzega pilnie zasad racyonalnej higieny i dytetyki, obecnie jako kierownik Zakładu leczniczego w Kiselce pod Lwowem niewątpliwie przyczyni się do rozwoju tego pożytecznego zakładu.

Dr. L. Korczyński.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

L. p. 31. G. M., lat 35, zamężna, ze Starego Sącza. *Cystoma ovarii dextri in pariete anteriori accretum.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Rodziła raz przed 14 laty; poród i połóg prawidłowe. Przed trzema laty zauważyła powiększanie się brzucha zwolna postępujące, od Maja zaś bieżącego roku szybko. Regularność odbyła się ostatni raz w Maju r. b. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia rozpierania, bólu w krzyżach i czasami duszności.

Stan obecny: Brzuch znacznie i jednostajnie wypuklony. Na skórze w okolicy pępka liczne, porozszerzane żyły. W jamie brzusznej daje się wybadać guz o granicach niedających się ściśle oznaczyć z powodu zbyt wielkich rozmiarów, o powierzchni gładkiej, nieporuszalny, elastyczny, okazujący wyraźne chełbotanie. Od spojenia łonowego do końca guza 44 cm. obwód przez największe wypuklenie 104 cm. Wypuk nad całym brzuchem stłumiony. Przez pochwę przez sklepienie tylne szerokie, bolesne wyczuwa się opór miękki, elastyczny, wśród którego przy przesuwaniu dają się wybadać twardsze postronki. Dalszy ciąg macicy, zdaje się, przebiega ku przodowi i na prawo. Przez sklepienie boczne czuć dolny odcinek guza powyżej opisanego.

Dnia 16. Stycznia w uśpieniu chloroformowem przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok okazało się, że guz na całej przedniej powierzchni jest silnie przyrosły do otrzewny ściennej. Na tępo palcami przy użyciu dosyć znacznej siły pozrywano wszystkie zrosty między nim a przednią ścianą brzucha i po podwiązaniu i przecięciu szypuły guz zresztą wolny oddzielono, poczem zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Dnia 26. Stycznia wyjęto szwy brzuszne, rana zgojona *per primam.*

Dnia 22. Lutego chora opuściła klinikę.

L. p. 49. P. J., lat 37, zamężna z Filipowic. *Cystoma intraligamentosum ovarii dextri. Degeneratio cystica ovarii sinistri. Fibromyomata multiplicia corporis uteri.* Leczenie: *Ovariotomia ambilateralis.*

Wywiady: Roniła raz przed 16-tu laty w drugim miesiącu ciąży, nie rodziła. Od dwóch miesięcy uważa powiększanie się brzucha.

Stan obecny: Koło kostek i na podudziach do połowy ich wysokości obrzęk skóry. Brzuch wypuklony jednostajnie, więcej wzdłuż niż wszerz, przez guz wychodzący z miednicy małej, sięgający prawie do wyrostka mieczykowatego. Od spojenia łonowego do końca guza 31 cm., obwód przez największe wypuklenie brzucha 95 cm. Guz ten ma powierzchnię gładką, jest elastyczny, niebolesny i nieporuszalny. Wypuk nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy.

Badanie przez pochwę: Część pochwowa bardzo wysoko ustawiona, ujściem zewnętrznem dotyka prawie górnego brzegu spojenia łonowego, jest krótka i płaska. Przednie sklepienie szczelinowate, tylne bardzo szerokie. W środku tylnego sklepienia w miejscu odpowiadającem normalnemu położeniu części pochwowej, znajduje się czopek na falangę długi, stożkowaty, u nasady grubości kciuka, konsystencyi mięsistej. Czopek ten, zdaje się, zostaje w związku z dolnym odcinkiem guza powyżej opisanego, który to odcinek daje się wybadać przez całe tylne i przez boczne sklepienia. Dalszy ciąg macicy wybadać się nie dającej przebiega ku przodowi.

Dnia 7. Lutego rozcięto powłoki w długości około 20 cm., prowadząc od dołu cięcie do spojenia łonowego ku górze na szerokość kilku palców ponad pępek. Badanie bezpośrednie wykazało, że guz, okazujący bardzo wyraźne chełbotanie, w całości pokryty otrzewną, ułożony między blaszkami więzadła szerokiego przylega do prawego boku macicy. Powierzchnia guza była wolna od zrostów. Przy pomocy igieł Dechampa podwiązano podwójnie więzadło szerokie pomiędzy guzem a macicą w odległości 1 cm. od ostatniej czterema podwiązkami jedwabnemi, poczem przecięto pomiędzy podwiązkami. Podwiązki, które po przecięciu więzadła szerokiego od strony guza się zesunęły, zastąpiono chwytaczami Richelota, następnie przez dolną część rany u nasady więzadła szerokiego się znajdującej, przystąpiono do wyłuszczania guza, które nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż związek guza z otoczeniem był dość luźny. Po wyłuszczeniu guza odcięto część otrzewny przedtem guz pokrywającej, resztę zaś po podwiązaniu naczyń krwawiących przyszyto do paska więzadła szerokiego przy macicy pozostałego, wytwarzając w ten sposób coś podobnego do więzadła szerokiego. Po odcięciu drugiego jajnika torbielkowato zwyrodnia-

łego, zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Po operacyi przez pierwsze dwa dni mierne podwyższenie ciepłoty (do 38·5°) i przyśpieszenie tętna (do 120). W trzecim dniu ciepłota powróciła do normy i odtąd przebieg zupełnie prawidłowy.

Dnia 15. Lutego wyjęto szwy, rana zgojona przez rychłozrost.

Dnia 2. Marca chora opuściła klinikę.

L. p. 56. M. D., lat 25, zamężna, z Jaćmierza. *Cystis parovarii dextri intraligamentosa.* Leczenie: *Laparotomia, extirpatio cystidis.*

Wywiady: Regularność od 13. roku życia powtarza się co trzy tygodnie, od dwu lat z bólami dołem brzucha i w krzyżach. Nie roniła, nie rodziła. Przed dwoma laty zauważyła powiększanie się brzucha, przez 15 miesięcy wybitnie, w ostatnich zaś 9 miesiącach nieznacznie postępujące.

Stan obecny: Brzuch wypuklony przez guz ograniczony, sięgający na dwa palce niżej wyrostka mieczykowatego, na boki jednostajnie się rozciągający. Guz ten o powierzchni gładkiej, elastyczny, bardzo mało ruchomy, niebolesny wszędzie okazuje wybitne chełbotanie. Od spojenia łonowego do końca guza 31 cm., od *spina anterior superior* do pępka po obu stronach 22 cm., obwód przez pępek 98 cm., przez największe wypuklenie na 4 palce poniżej pępka 101 cm. Badając przez pochwę można wybadać macicę prawidłową, ułożoną ku przodowi i na lewo. Przez sklepienie tylne i boczne prawe wyczuwa się dolny odcinek guza powyżej opisanego, nisko do miednicy małej wchodzący.

Dnia 22. Lutego przystąpiono do wycięcia guza. Po otwarciu powłok brzusznych przekonano się, że cysta ułożona między blaszkami więzadła szerokiego prawego wchodzi nisko ku miednicy małej tak, że do podstawy cysty z trudnością tylko dojść można. Po podniesieniu guza ku przodowi można było widzieć na tylnej jego powierzchni w górze przebiegającą, znacznie, bo do 20 cm. wydłużoną trąbkę; poniżej zaś trąbki znajdował się prawidłowy jajnik. Za pomocą trójgrańca Madurowicza wypuszczono z cysty znaczną ilość płynu przeźroczystego jak woda a następnie, jak najniżej było można, podwiązano torbę i w wysokości 3 cm. ponad podwiązką odcięto. Pokazało się przytem, że podwiązka została założona poniżej dolnej ściany cysty. Po wypaleniu przyżegadłem Paquelina małego kawałka ściany cysty ponad ligaturą zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Dnia 2. Marca wyjęto szwy, rana zgojona przez rychłozrost.

Dnia 17. Marca chora opuściła klinikę a badanie w tym czasie wykazało macicę ustaloną, podniesioną w przodopochyleniu.

L. p. 70. K. M., lat 49, zamężna, z Ochotnicy. *Cystoma intraligamentosum accretum ovarii sinistri. Perimetritis adhaesiva. Hydrosalpinx dextra.* Leczenie: *Ovariotomia et salpingotomia dextra.*

Wywiady: Rodziła raz przed 25 laty, poród i połóg był prawidłowy. Od $1^1/_2$ roku uważa stałe powiększanie się brzucha, czemu towarzyszą bóle dołem i w krzyżach. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia rozpierania i duszności. Regularność w ostatnich miesiącach jest skąpsza, niż dawniej i odbyła się poraz ostatni przed dwoma tygodniami.

Stan obecny: Koło kostek i na podudziach mierny obrzęk. Sutki obwisłe, wiotkie, przy ucisku z sutka prawego wypływa klej. Oddech przyśpieszony. Tętno 100. Brzuch znacznie wypuklony, więcej wzdłuż niż w szerz, na powłokach brzusznych widać siatkę porozszerzanych żył i stare blizny poporodowe. Wypuklenie to brzucha pochodzi od guza rozciągającego się prawie równo po obu stronach od spojenia łonowego aż do wyrostka mieczykowatego. Za głębokiem wtłaczaniem rąk nad spojenie łonowe guz ten, jakkolwiek z trudnością, daje się odgraniczyć od dołu. Guz ten o powierzchni gładkiej, niebolesny, po stronie lewej zachodzący głębiej w okolicę lędźwiową przedstawia konsystencyę rozmaitą, pod pępkiem i nad pępkiem po stronie lewej jest elastyczny i tu okazuje mierne chełbotanie, nad pępkiem po stronie prawej jest zbity i twardy a powierzchnia w tem miejscu mniej gładka.

Od spojenia łonowego do pępka 30 cm., do końca guza 55 cm. Od *spina anterior superior* do pępka po stronie prawej 31 cm., po lewej 34 cm. Obwód brzucha przez pępek 118 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Badanie przez pochwę: Część pochwowa nieco wyżej ustawiona, na falangę długa, zbitości większej zbacza ku stronie lewej. Przez ujście zewnętrzne daje się przeprowadzić palec do szyjki prawie aż do ujścia wewnętrznego i na błonie śluzowej napotyka liczne nierówności. Trzon macicy, zdaje się, przebiega na prawo i ku tyłowi. Przez sklepienie przednie wklęsłe z trudnością tylko można wybadać dolny odcinek guza, inne sklepienia wolne. Punkcya za pomocą strzykawki Pravaza wykazała w guzie płyn gęsty barwy szarawej. W moczu duża ilość białka (0·3%) i wałeczki szkliste i ziarniste.

Dnia 13. Marca przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok brzusznych, przekonano się, że guz przyczepiony jest do powłok nitkowatymi zrostami, które zaraz na tępo pooddzielano. Badając teraz ręką, przekonano się, że guz w tyle zrosły jest z jelitami na szerokiej przestrzeni, w dole zaś nie można wymacać żadnej szypuły, tylko przekonać się można, że guz przylega do macicy po stronie lewej i z tyłu. Macica bardzo mało ruchoma, niepowiększona znajduje się w przodopochyleniu i na prawo. Szeroki most, który, jak się później przekonano, nie był niczem innem, jak jedną z blaszek *mesenterii*, w które guz wrósł, z pomocą igieł Dechampa podwiązano i przecięto. Nie uwolniono jednak guza w ten sposób od połączenia z jelitami, gdyż odsłaniano coraz to nowe partye połączeń. Dlatego przerwano tę akcyę i postanowiono guz wyłuszczyć z popod otrzewny. Przecięto więc na nim poprzecznie mniej więcej na 2—3 palców pod pępkiem otrzewną i zaczęto na tępo guz wyłuszczać. Przekonano się przy tem, że otrzewna, im bliżej się znajduje macicy, tem mocniej jest z guzem połączona i tem więcej przy jej oddzielaniu przerywa się naczyń, które bezzwłocznie chwytano zasuwkami. Guz wytoczono przed powłoki, będącą z nim jeszcze w związku otrzewnę chwycono pince'ami i w dwóch partyach podwiązano i odcięto. Teraz zastósowano ułożenie Trendelenburga (przedtem nie stósowano tego ułożenia ze względu na utrudniony oddech chorej), ażeby sobie ułatwić tamowanie krwotoku w okolicy lewego rogu macicy, gdzie została wielka liczba naczyń otwartych. Następnie zbliżono do siebie blaszki wiezadła szerokiego, wśród którego guz był pomieszczony, zamknięto szczelnie pince'ami Billrotha i pod nimi z pomocą igieł Dechampa podwiązano całe więzadło, poczem w zwykły sposób odcięto rozszerzoną trąbkę prawą. Po wymaczaniu krwi z jamy brzusznej, zeszyto zwykłym sposobem powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny, uciskający.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie moczu w trzy dni po operacyi wykazało już tylko ślad białka, a w dwa dni potem nie było już ani śladu.

Dnia 22. Marca wyjęto szwy, powłoki zrosłe przez rychłozrost.

Dnia 31. Marca chora opuściła klinikę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Toksykologia.

E. Thomson: **Przypadek otrucia się nadmanganezanem potasowym** *in substantia* **zakończony śmiercią** (z kliniki szpitalnej prof. Dehii w Juryewie (Dorpacie).

W dniu 30. Maja b. r. o godz. 11. przed południem znaleziono niejakiego S., leżącego na ulicy w stanie bardzo

niebezpiecznym a w jego kieszeni flaszeczkę mającą około 30 cm.^{3} objętości.

S. podał piśmiennie, ponieważ mówić nie mógł, że zażył to, co było w tej flaszeczce, w której też znaleziono resztki nadmanganezanu potasowego w kryształach tak, iż wnosić należy, że samobójca próbował połknąć jakie 15 do 20 gramów tegoż ciała. Badając znaleziono jeszcze w jamie ustnej rzeczone kryształki, które przez wytarcie wydobyto.

S. przyjęty do szpitala okazywał stan następujący: twarz bardzo blada, wyraz jej cierpiący, powieki na pół domknięte, usta rozwarte szeroko, warga dolna i wystający nad nią język mocno obrzmiałe, czarne i ciemnemi strupami pokryte. Od kątów ust idą ciemne smugi do brody, podobnie jak w otruciu kwasem siarkowym, tylko że w przypadku niniejszym jak węgiel czarne. Oddech ciężki z wybitnemi oznakami zwężenia dróg respiracyjnych. Tętno liczne i małe. Ramiona zwisają bezładnie. Pacyent nie może mówić a tylko głową może dawać znaki potakiwania lub zaprzeczenia. Z przyczyny przeszkody tkwiącej w wysokości chrząstki pierścieniowej nie można wprowadzić do żołądka żadnego zgłębnika. Podczas prób w tej mierze nagle ustał oddech z powodu zawarcia się głośni tak, iż przystąpiono do tracheotomii i założenia kaniuli, poczem oddech stał się regularniejszym.

Ponieważ należało przypuszczać, iż pewna ilość trucizny dostała się do żołądka, przeto wobec niemożności wprowadzenia doń zgłębnika wykonano w narkozie chloroformowej gastrotomią w celu przepłukania żołądka i wydalenia zeń trucizny.

W płynie brunatnym, woni metalicznej wykazało badanie chemiczne manganez, który wykryto również w płynie użytym do przepłukania żołądka.

Po gastrotomii oddech był ciężki, z mocnemi rzężeniami w płucach i tchawicy, tętno 130 do 140, słabe, przytomność niezupełna. O godzinie 6. wieczorem śmierć wśród objawów porażenia serca.

Sekcya wykazała: Opuchlina warg i języka, zestrupienie błony śluzowej ust, gardła i krtani; tchawica, oskrzele i gardziel wolne, krew w dużych naczyniach płynna, barwy wiśniowej. Serce wielkości prawidłowej, na jego osierdziu przystudzienice (*petechiae*), żyły serca mocno napełnione, tętnice sprężyste, nie rozszerzone. Serce wiotkie.

Rozbiór chemiczny krwi, mięśni i moczu nie wykazał manganezu, z czego wnosić można, iż nie przyszło do jego wessania.

W piśmiennictwie nie ma dotychczas opisu otrucia nadmanganezanem potasowym a przypadek teraz podany samobójstwa tą trucizną jest dotychczas unikatem.

Co do przyczyny śmierci w przypadku niniejszym, to na podstawie wyniku sekcyi sądzi autor, że mała tylko ilość trucizny dostała się do żołądka, że zatem w tym razie nie można mówić o właściwem otruciu się nadmanganezanem potasowym a przyczyną śmierci są rozległe zmiany miejscowe na błonach śluzowych i konieczne operacye dokonane w narkozie chloroformowej. (*St. Petersburger medicinische Wochenschrift.* Nr. 38. 1895). *R.*

Okulistyka.

Ahlström: **O działaniu antyseptycznem łez.**

A. opisuje przypadek ostrego zapalenia gruczołu łzowego, wskutek którego utworzyła się przetoka łzowa. A. wyzyskał tę rzadką okoliczność, aby łzy wydzielające się z owej przetoki chwytać do naczyń wyjałowionych i przekonać się, o ile łzy działają zabójczo na czyste i żywotne hodowle drobnoustrojów (*staphylococcus pyogenes aureus*). W tym celu przeprowadził wiele doświadczeń i przekonał się wbrew twierdzeniu Bernheima i Bacha, że łzy nie wpływają niekorzystnie na rozwój tychże drobnoustrojów i ich wzrostu nie tamują. Wprawdzie metoda B. i B. była nieco odmienną, gdyż ci autorowie zbierali łzy z oczu cierpiących na znaczniejsze łzawienie (*keratitis* i *conjunctivis eczematosa*), lub też zwiększali wydzielinę za pomocą par amoniaku. Łzy w ten sposób otrzymane okazywały własność wybitnie antyseptyczną.

I Ahlström powtórzył te doświadczenia, przyczem przekonał się, że łzy z przetoki otrzymane oddziaływały wybitnie zasadowo, otrzymane zaś metodą Bernheima i Bacha oddziaływały słabo zasadowo lub wcale kwaśno i to tem mniej zasadowo, im się obficiej wydzielały.

W tem więc tkwi przyczyna różnych wyników podług A., który twierdzi, że łzy nie są w ogóle antyseptyczne; są tylko obojętną lub wcale złą glebą dla drobnoustrojów. (*Centralblatt für Augenheilkunde.* Lipiec 1895).

Dr. Brudzewski.

Wicherkiewicz: **O pęcherzach brzegów powiekowych.**

Na brzegu powiekowym znachodzi się często pęcherzyki różnego wejrzenia i pochodzenia. Pęcherzyki występujące na przedniej wardze wolnego brzegu powiekowego, najczęściej koło punkcika łzowego, o treści przeźroczystej powstają przez rozszerzenie gruczołów Molla (potnych); są wielkości jagły lub grochu, lecz mogą być i znacznie większe. Wypełnione są płynem czystym, zawierającym sól kuchenną, gips i białko. Przybłonek wyściełający może być albo cylindryczny albo płaski, jednowarstwowy lub wielowarstwowy, stósownie do tego, z której części gruczołu powstał ów pęcherzyk, czy z samego zwoju, czy z przewodu, czy też z ujścia. Dalej, także przy brzegu powstają pęcherzyki z gruczołów Meiboma, po oparzeniu lub zadziałaniu środków żrących; wreszcie w przebiegu pęcherzycy (*pemphigus*), lecz te nie trudno odróżnić od wyżej opisanych (*kystes transparents* francuzkich autorów). Nie należy zapominać o wągrach, które mogą być do wyżej opisanych cyst podobne, zwłaszcza jeśli wągry dosięgną znaczniejszych rozmiarów, jednakże przy przeświecaniu u wągra łatwo dostrzedz łebek. Usuwa się te pęcherze bądź to zwykłem nakłuciem, co u małych wystarcza, bądź to odcina się je nożyczkami lub też, gdy są duże i przesuwalne, wyłuszcza się je *in toto.*

W. opisuje dwa przypadki, które uderzały mnogością i wielkością pęcherzy, i dołącza do swej pracy cztery pięknie wykonane rysunki, które doskonale ilustrują opisane przypadki. W obu przypadkach usunął W. owe pęcherze, bądź to nakłuciem, bądź odcięciem przedniej ich ściany nożyczkami, bądź to zupełnem wyłuszczeniem doszczętnie i bezpowrotnie. (*Nowiny lekarskie.* Sierpień i Wrzesień 1895).

Dr. Brudzewski.

Zapiski terapeutyczne.

124. F. Lanz: O leczeniu otrucia fosforem za pomocą nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) z uwagami nad częstem wydarzaniem się otrucia fosforem w Pradze czeskiej (z kliniki lekarskiej prof. R. Jakscha). W praskiej klinice lekarskiej postrzegano od Marca 1894. do Marca 1895. r. 12 przypadków zatrucia fosforem, które wszystkie leczono sposobem przez Antala podanym a mianowicie naprzód przepłukiwano żołądek znaczną (50 litrów i więcej wynoszącą) ilością $^1/_8{}^0/_{00}$ roztworu nadmanganezanu potasowego a następnie wlewano litr $^1/_2{}^0/_{00}$ roztworu tejże soli do żołądka i tam go zostawiano. Jeszcze tegoż samego dnia zadawano środek przeczyszczający (*infusum sennae*) a w dniach następnych spore dawki dwuwęglanu sodowego i trzy razy dziennie po 5 kropel starego olejku terpentynowego (*oleum terebinthinae vetustum*).

Dawniej postępowano inaczej: naprzód przepłukiwano żołądek wodą ciepłą dopóty, dopóki nie ustąpiła woń fosforu a następnie robiono toż samo roztworem siarkanu miedziowego (*cuprum sulfuricum*) i zadaniem magnezyi palonej; następnych dni zadawano co 2 godziny po łyżce roztworu siarkanu miedziowego w stósunku 0·50 na 200·00, trzy razy dziennie po 5 kropel *oleum terebinthinae vetustum* i spore dawki dwuwęglanu sodowego.

Pod względem przebiegu owych 12 przypadków przytacza autor, że roczyn $1/2\permil$ nadmanganezanu potasowego chorzy wkrótce częściowo lub całkowicie wyrzucali ze żołądka, poczem doznawali ulgi i albo w przypadkach lżejszych powoli wyzdrawiali albo w cięższych okazywali znany dobrze szereg przypadów, kończący się niepomyślnie.

Z 12 przypadków autora 5 zakończyło się śmiercią; były to przypadki, w których zażyto 0·20 fosforu i więcej z wyjątkiem jednego, w którym po zażyciu nawet 0·50 fosforu śmierć nie nastąpiła. Pamiętać wszakże należy, że oznaczenie ilości zażytego fosforu jest tylko przybliżone, jeżeli się uwzględni, że we wzruszeniu nieodłącznem od samobójstwa niezawsze samobójcy wypijają płyn wraz znajdującym się na dnie naczynia osadem, zawierającym największą część użytego do otrucia się fosforu.

W ten sposób przy użyciu metody przez Antala podanej wynosi śmiertelność w otruciu się fosforem 41·66% a ponieważ przedtem za użyciem dawnego sposobu ratowania otrutych wynosiła ona 36·66%, przeto pokazuje się, iż nadmanganezan potasowy nie wpływa korzystnie ani na przebieg ani na ostateczne zakończenie się otrucia fosforem, przyczem i to zasługuje na uwagę, że przy użyciu dawnego sposobu wyzdrawiali nawet i ci, którzy zażyli po 0·30 do 0·75 fosforu.

Pod względem wydarzania się zatrucia fosforem, obserwowano w klinice lekarskiej (uniwersytetu niemieckiego) w Pradze od Października 1889. do Marca 1895. aż czterdzieści przypadków; wszystkie pochodziły z samobójstwa dokonanego fosforem zebranym z zapałek z wyjątkiem jednego, w którym użyto w zamiarze pozbawienia się życia fosforu w laskach. W tymże samym czasie miano w obserwacyi 13 przypadków otrucia innemi substancyami, między niemi 4 zamachy samobójcze, po jednym morfiną, kalomelem, arszenikiem i kwasem karbolowym.

Te tak częste zamachy samobójcze fosforem w porównaniu do trucia się innemi substancyami (na 39 przypadków otrucia się fosforem przypada tylko cztery innemi ciałami) są skazówką, jakby potrzebną była ustawa zakazująca wyrabiania i sprzedawania zapałek z fosforem zwykłym, który będąc gwałtowną trucizną dostaje się bez żadnej kontroli do rąk ludności, gdy co do innych trucizn istnieją w tej mierze bardzo ścisłe przepisy. Uwagi godnem jest zresztą, że zamachy samobójcze fosforem trafiają się o wiele częściej w Czechach, mianowicie w Pradze, niż w Niemczech i austryackich krajach alpejskich. (*Berliner klinische Wochenschrift.* 7. Października 1895).

125. H. Quincke (prof. w Kilonii): O punkcyi lędźwiowej (*Lumbalpunction*) (według wykładu na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece). Jak już autor pokazał dawniej, można u człowieka żywego dostać się igłą wydrążoną do worka mózgo-rdzeniowego między łukami kręgów lędźwiowych i przez punkcyą tej jamy surowiczej tak otrzymać pewne skazówki dyagnostyczne, jak i zadziałać na nią terapeutycznie, co odnosi się także i do jamy czaszkowej, ponieważ, jak wiadomo, między płynami znajdującymi się pod pajęczówką rdzenia pacierzowego a mózgu i jego komór istnieje związek, zwykle utrzymany także i w okolicznościach patologicznych.

Ciecz mózgordzeniowa napina worek twardówki aż do przewodu w kości krzyżowej a ponieważ rdzeń pacierzowy swym stożkiem (*conus medullaris*) sięga u dorosłych tylko do 2-go, u dzieci zaś do 3-go kręgu lędźwiowego, nie można go zranić przez nakłucie poniżej znajdujących się łuków kręgowych; baczyć tylko należy, by punkcya odbyła się ile możności w samej linii środkowej. U dzieci ten przestwór, wypełniony tylko płynem, między pączkami korzeni nerwowych na 5 mm. szerokości, u dorosłych mniej, ale i u dorosłych nie zdarzyło się autorowi nigdy zranić ich przy punkcyi.

W stosunkach patologicznych ciecz mózgo-rdzeniowa ulega zmianom jakościowym albo ilościowym a w tym ostatnim razie musi być zmienionem także i jego ciśnienie; dlatego z punkcyą łączyć się winno oznaczenie tego ciśnienia, czego można dokonać po prostu w ten sposób, iż za pomocą odpowiedniego stożka i rurki kauczukowej łączy się cienką rurkę szklaną z kaniulą i wprost miarą oznacza wysokość płynu w rurce trzymanej pionowo. Ciśnienie słupa wody mającego 40 do 60 mm. wysokości można uważać za przybliżoną miarę ciśnienia fizyologicznego w części lędźwiowej i w położeniu poziomem na bok.

Prawidła ciecz mózgordzeniowa jest czysta i przeźroczysta jak woda, ma c. g. 1·007 i zawiera obok 0·2 do $0{\cdot}5\permil$ białka zawsze nieco cukru.

Autor dokonał dotychczas punkcyi w 53 różnych przypadkach patologicznych, przeważnie łączących się ze zwiększeniem ucisku a zatem guzach mózgowych, wodogłowiu i rozmaitych rodzajach zapalenia opon.

Ciecz mózgordzeniowa jest w przeważnej liczbie przypadków patologicznych także czysta, jak woda, rzadko mętnawa lub zabarwiona przez leukocyty, komórki śródbłonka (*endothelium*) lub ciałka krwi czerwone. Ilość białka dochodzi w ostrych zapaleniach od 1 do $3\permil$, w przewlekłych nie odstępuje prawie nic od prawidła. W przypadkach guzów mózgowych z zastojem żylnym w splotach naczyniówki (*plexus chorioidei*) dochodzi ilość białka nieraz do $7\permil$. Przebicie się krwi do komór mózgowych w przebiegu krwotoków objawia się większą, niż zazwyczaj ilością krwi w cieczy wydobytej przez punkcyą.

W cieczy otrzymanej w przebiegu spraw zapalnych tworzą się nieraz skrzepy; jeżeli jest ropa, mogą znajdować się koki rozmaitego rodzaju. W zapaleniu opon gruźliczem znajdowano w osadzie na dnie lub w skrzepach właściwe laseczniki.

Ciśnienie obserwowane podczas punkcyi bywa rozmaitem, 150 mm. uważać trzeba za patologiczne; dochodzi ono często od 200 do 300, wyjątkowo nawet do 700 mm. Wielkie ciśnienie trafia się w ciężkich i ostrych zapaleniach, mianowicie w zapaleniu opon gruźliczem i przy nowotworach w mózgu. Z ciśnienia nie można rozpoznać rodzaju sprawy chorobowej. Tyle tylko okazuje się z dotychczasowych spostrzeżeń, że m i e r n e p o w i ę k s z e n i e s i ę c i ś n i e n i a z c i ę ż k i e m i o b j a w a m i u c i s k u j e s t o z n a k ą o s t r e j a z n a c z n e c i ś n i e n i e z m a ł e m i o b j a w a m i u c i s k u o z n a k ą p r z e w l e k ł e j s p r a w y p a t o l o g i c z n e j.

Ilość cieczy wypuszczonej wynosiła od 3 do 60, średnio 20 cm.³

Co się tyczy wartości dyagnostycznej punkcyi, to dowiadujemy się za jej pomocą do pewnego stopnia o rodzaju i stopniu zmiany zapalnej w oponach i o mającym w tem udział drobnoustrojach, dalej o stósunku ucisku na mózg do rzeczywistego podniesienia się ciśnienia itp. Oczywiście, że znaczenie punkcyi maleje, jeżeli przestwory podpajęczówkowe w rdzeniu pacierzowym nie łączą się wprost i swobodnie z takiemiż przestworami w mózgu i jego komorach.

Co się tyczy objawów przy punkcyi, to ból miejscowy jest tak nieznaczny, że rzadko potrzeba uciekać się do narkozy. Niekiedy uskarżali się chorzy na ból lub kurcz w jednej nodze, zapewne skutkiem naciągnienia włókien ogona końskiego (*cauda equina*), co jednak mijało wkrótce.

W niektórych przypadkach zaraz po punkcyi lub nawet podczas niej łagodniały pewne objawy mózgowe, jak ból głowy, zajęcie sensoryum; tak bywało mianowicie w zapaleniu opon. Na tętno punkcya nigdy nie wpływała. W przypadkach przewlekłych wpływ punkcyi był znacznie mniejszy, niż w ostrych lub go całkiem nie było.

Punkcya działa korzystnie głównie w ostrych przypadkach surowiczego lub surowiczo-ropnego zapalenia opon. W zapaleniu opon gruźliczem autor nie widział skutku.

Spodziewać się należy, iż wskazania terapeutyczne do punkcyi rozszerzą się w miarę coraz większego na tem polu doświadczenia.

Pod względem technicznym nadmienia autor, że używa osobnych kaniul, mających 3 do 7 cm. długości a 0·6 do 1·2 mm. grubości. Światło każdej kaniuli wypełnia przetyczka (*mandrin*) stalowa, sięgająca do końca kaniuli, wraz z nim ostro ścięta i stożek przedziurawiony stósownie przytwierdzony celem nasadzenia nań rurki kauczukowej, służącej do połączenia z rurką szklaną [1]).

Do punkcyi układa się chorego na lewy bok, z nogami do brzucha przyciągniętemi a grzbietem jak najbardziej zgiętym; okolicę lędźwiową desinfekcyonuje się, jak zwykle. Po zoryentowaniu się co do położenia tarnistych wyrostków kręgów lędźwiowych dobrze jest oznaczyć ołówkiem kolorowym ich płaszczyznę poziomą na szerokość dłoni, na lewo od linii środkowej. Igłę wbija się u dzieci w samej linii środkowej, u dorosłych na 5 do 10 mm. z boku i na prawo od niej i tak skośnie ku środkowi, że twardówkę trafia się w linii środkowej. Do wkłucia bierze się drugi lub trzeci przestwór między łukami a u dorosłych jako znak wysokości mniej więcej dolny brzeg wyrostka tarnistego i kieruje zarazem igłę ku głowie. Jeżeli trafi się przytem na kość, trzeba przez cofnięcie się i zmianę kierunku wyszukać wolny między kościami przestwór. Gdyby to nie poszło, trzebaby udać się do najbliższego przestworu między łukami. Skoro po uczuciu pozna się, iż weszło się do worka twardówki, co u dorosłych następuje w głębokości 4 do 6 cm., należy wyciągnąć przetyczkę i jeżeli płyn wystąpi, założyć stożek i rurkę kauczukową dla oznaczenia ciśnienia. Do wypuszczenia cieczy obniża się rurkę szklaną a podnosi ją w celu ponownego oznaczenia ciśnienia. Jeżeli ciecz nie pokazuje się zaraz po wyjęciu zatyczki, należy kaniulą poruszać naprzód i w tył lub z jednej strony w drugą. Punkcyą kończy się, gdy płyn wypływa bardzo powoli lub ciśnienie spada do 40 mm. i mniej; również, jeżeli wystąpi jaki przypad podmiotowo nieprzyjemny np. ból głowy. Ponieważ ciśnienie oznaczone przez punkcyą rychlej lub później znów się podnosi, starał się autor o ciągły odpływ cieczy przez otwarcie worka twardówki, czego dokonywał odpowiednim nożem w ten sam sposób i w tejże samej głębokości, jak igłą. Nieraz wypływało z otworu tak zrobionego po kilka kropel cieczy mózgo-rdzeniowej, nieraz znajdywano po punkcyi opuchlinę części miękkich okolicy lędźwiowej jako oznakę wypływania cieczy do sąsiednich części miękkich. Otwór czy po punkcyi czy po rozcięciu nożem worka twardówki zamykał się zawsze bez żadnych trudności po użyciu opatrunku z jodoformu i waty kollodyonowej. (*Berliner klinische Wochenschrift* 14. Października 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 17. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia jako gościa kol. Uhmę ze Lwowa.

3) Kol. Beck miał odczyt o urobilinie w moczu (drukowany w *Przeglądzie lekarskim* w r. b.).

Kol. Cercha zapytuje się prelegenta, czy zna pracę Dornera, który wykazuje, że ilość urobiliny w moczu powiększa się w *hematocele retrouterina*, oraz w każdej recydywie tegoż cierpienia ponownie się powiększa, z czego wynika, że i krew może być miejscem i źródłem wytwarzania się urobiliny.

Kol. Beck odpowiada, że zna tę pracę, nie wspominał o niej jednak z powodu braku czasu; rzecz zresztą pewna, że po injekcyi krwi a nawet wody, w której rozpuszczoną jest hemoglobina, wydziela się więcej żółci, więcej też i urobiliny; można sobie to wytłómaczyć insufficyencyą wątroby w pojęciu autorów francuskich.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 1. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący poświęca kilka słów gorących pamięci zmarłego prof. Rydla i oświadcza, że na najbliższem posiedzeniu wystąpi z odpowiednim wnioskiem ku uczczeniu pamięci Zmarłego.

3) Kol. Rydygier mówił o splenopeksyi. Powołując się na swą rozprawę w Nrze 3. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. umieszczoną, nie opisuje szczegółowo przypadku; przytacza tylko, że wiele przyczyn i okoliczności, jak 31% śmiertelności według statystyki Vulpiusa i prelegenta przy splenektomii śledziony ruchomej, różne następstwa po jej wycięciu, n. p. powiększenie gruczołów limfatycznych, gruczołu tarczykowego, obniżenie następowe lewej nerki, leniwe odnawianie się krwi przemawiają za splenopeksyą a przeciw splenektomii. Splenopeksya może mieć dobry skutek, jeżeli analogicznie do nefropeksyi, przyszycie śledziony będzie wykonane jak najdokładniej. Wiadomo, jak łatwo powraca ruchomość nerki, jak łatwo rozciągają się zrosty otrzewnowe; dlatego też utworzył prelegent torebkę z otrzewny, do której wsunął śledzionę i tam przytwierdził ją odpowiednio założonymi szwami (dla dokładnego wyjaśnienia demonstruje na rysunkach sposób wykonania operacyi). Operacyę tę wykonał przed 3 miesiącami, śledziona stale utrzymuje się w miejscu przyszycia. Przypadek sam ciekawym był nadto z powodu wielkich trudności dyagnostycznych.

Kol. Buzdygan potwierdza trudności rozpoznawcze, o których wspomina prelegent: guz był umieszczony w małej miednicy, mało ruchomy, wielki; punktu wyjścia nie można było wykazać. Wprawdzie w miejscu śledziony był wypuk bębenkowy, nie był to jednak objaw pewny. Po kilku dniach guz stał się więcej poruszalny i wówczas można było wyczuć przez pochwę charakterystyczny brzeg śledziony.

Kol. Rydygier: Przypadek Warneka jest pouczającym pod względem dyagnostycznym, rozpoznano *fibromyoma uteri*, wyłuszczono, dopiero mikroskop wykazał budowę śledziony w wyciętym guzie. Interniści nie wiedząc o tem wykazali obecność śledziony; sekcya dopiero wykazała, że wyciętym guzem była rzeczywiście przesunięta i zrosła z macicą śledziona.

Kol. Nowak wspomina o podobnym przypadku sekcyjnym, gdzie śledziona była w zatoce Douglasa, przyczepiona starymi zrostami.

Kol. Schwarz okazuje tablice graficzne przedstawiające w odsetkach częstość pojawiania się chorób wenerycznych u kobiet publicznych w Krakowie, zestawione z ostatnich lat pięciu. Na podstawie tablic tych wykazuje kol. S., że liczba przypadków kiły a właściwie zmian kiłowych dostrzeganych u kobiet publicznych w Krakowie ciągle i stale się powiększa, natomiast zaś odsetek wrzodu miękkiego i wiewióra (trypra) ostrego z roku na rok się pomniejsza.

Kol. Uhma wyraża swą wdzięczność prelegentowi nietylko za podanie kilku nowych danych o sprawie szerzenia się chorób płciowych, ale przedewszystkiem za to, że pracą swą pobudził mówcę do podjęcia podobnej pracy statystycznej a mianowicie zebranie dat o rozszerzeniu chorób płciowych w całej Galicyi. Brak czasu nie pozwolił mówcy wykończyć tablic, które przedstawia. Jest ich sporządzonych według wykazów przesyłanych namiestnictwu tylko po cztery (lata 1889—1892) ze szpitala krakowskiego, lwowskiego i szpitali prowincyonalnych, nadto trzy (lata 1889—1891) ze szpitali wojskowych w Galicyi. Mówcy wydaje się na razie, że i z nich nie można wysnuwać wniosku o jakiemś systematycznem wzmaganiu się chorób płciowych w różnych miesiącach roku z osobna. Wszędzie — prócz wojska — ilość leczonych z powodu kiły znacznie przeważa. Szpitale wojskowe tylko wykazują wyższe cyfry leczonych z powodu wiewióra. O ile to tyczy się kobiet publicznych, to wykazy szpitala krakowskiego stoją w pewnej sprzeczności z tablicami kol. Schwarza. Mianowicie wykazują one większą liczbę kobiet publicznych leczonych z powodu kiły, niż z powodu wrzodu miękkiego. Procent leczonych z powodu wiewióra jest także większym według wykazów szpitalnych, co jednak dostatecz-

[1]) Wszystkich narzędzi do punkcyi, zestawionych razem dostarcza fabrykant narzędzi chirurgicznych Assmann w Kilonii (Kiel).

nie wyjaśnił prelegent podając, że w swych tablicach wykazywał tylko ostre i przyostre przypadki. Ciekawem jest wreszcie, że gdy w tablicach kol. Schwarza procent kobiet publicznych dotkniętych kiłą w roku 1892. wynosi 7·3 a w 1893 6·2, to według wykazów szpitala krakowskiego liczba ogólna chorych leczonych z powodu kiły wzrosła z 317 w r. 1892. do 586 w 1893 r., procentowo z 39 na 47%.

Na tablicach, które mowca przyspasabia, prawdopodobnie nie będzie można ściśle polegać, bo użyte do sporządzenia ich wykazy, nie zdaje się, by były bez zarzutu. I tak n. p. szpitale wojskowe wykazują przypadków trzeciorzędnej kiły w 1889 r. 7%, w 1890 r. 4% a w 1891 r. tylko 0·09%. Niektóre znów ze szpitali prowincyonalnych wykazują większe cyfry leczonych z powodu kiły pierwszorzędnej, niż z powodu zmian kiłowych wtórorzędnych, co także pewne wątpliwości nasunąć musi co do prawdziwości dat tam podanych. (Streszczenie własne).

Kol. Borzęcki: Statystyczne zestawienie chorób wenerycznych u kobiet publicznych kol. Schwarza ma znaczenie cenne ze względu na wskazówki higieniczne pod względem tychże chorób. Uderzającą jest w tem zestawieniu mała ilość wrzodów stwardniałych (najwyżej 11 przypadków w ciągu jednego roku), co może może tłómaczy się tem, że niewielka liczba kobiet publicznych przybywa do Krakowa w ciągu roku.

Zestawienie powyższe byłoby jeszcze cenniejsze, gdyby można porównać je ze statystyką lat dawniejszych, by wykazać, o ile procent chorób wenerycznych zmniejszył się lub zwiększył. Co do częstości wrzodu miękkiego, to nie ulega wątpliwości, że w pewnych okresach należą one do rzadkości, za to znów w innych występują bez porównania częściej.

Kol. Zarewicz w dyskusyi zwraca uwagę, iż szpitale w większych miastach do pewnego tylko stopnia dają wyraz szerzenia się chorób wenerycznych w pewnych miejscowościach. Do szpitala krakowskiego n. p. zgłaszają się chorzy z odległych części Galicyi i Królestwa Polskiego. Dokładniejszy już obraz szerzenia lub zmniejszania się chorób wenerycznych daje nam wojskowość.

Z tem wszystkiem przyznać należy, że choroby weneryczne a między nimi przedewszystkiem kiła liczebnie się zwiększają. Kol. Z. wypowiada to zdanie na podstawie wrażenia, które wynosi ze swojego oddziału. Dokładnemi datami nie może na razie służyć Kolegom, gdyż wymaga to mozolnej i długiej pracy. Aby módz przedłożyć cyfry sprawiedliwe, należałoby wykluczyć wszystkich zamiejscowych chorych i tych, którzy w ciągu lat kilkakrotnie zgłaszali się do szpitala na leczenie z powodu nawrotów kiły.

Kol Z. potwierdza wypowiedziane tutaj twierdzenie, iż wrzód miękki występuje nieraz liczebnie bardzo mało. Przypomina sobie lata, w których w ciągu całego roku naliczono zaledwie kilka przypadków wrzodu miękkiego, podczas gdy kiła nie zmniejszała się. Wkrótce, bo nieraz w najbliższym miesiącu następnego roku występuje on znowu znacznie częściej. Czemu to przypisać? nie umie odpowiedzieć na to pytanie, jakkolwiek często się nad niem zastanawiał! To pewna, że nie można tego przypisywać wyłącznie gorliwości organów czuwających nad uregulowaniem prostytucyi.

Kol. Z. na uwagę kol. Schwarza, iż on u kobiet publicznych tak rzadko spostrzegał wrzód pierwotny, przypomina, że o temże samem przekonać się można u kobiet nie oddających się prostytucyi.

Przytoczyć należy dalej, iż co się tyczy wojskowości, daty ich statystyczne wykazują, iż od czasu terytoryalnego rozmieszczenia armii, to jest od czasu, w którym wojska stoją załogą w swoich powiatach, z których się rekrutują i nie zmieniają tak często miejsca, liczba chorób wenerycznych w armii zmniejszyła się. Tłómaczy się to nawiązaniem stosunków znajomości między wojskowością a płcią żeńską.

Jak zapobiegać szerzeniu się chorób wenerycznych w ogólności a kiły w szczególności? Na to pytanie na tem miejscu odpowiedzieć bez odpowiedniego przygotowania się jest trudno. Prostytucya, nad uregulowaniem której od niepamiętnych czasów głowy sobie łamiemy, ma swoją olbrzymią literaturę i historyę. Mnóstwo odbyto narad i spisano aktów w tej materyi a nie przyszliśmy do żadnego stanowczego rezultatu.

Rzecz pewna, że uregulowanie prostytucyi ma wszędzie na celu między innemi zadaniami ściganie prostytucyi tajnej; od organów zatem czuwających nad prostytucya zależeć będzie ścisłe wypełnianie tego zadania. Wyśledzić jednak i udowodnić, która kobieta oddaje się, że tak powiem, nieprawnie prostytucyi, nadzwyczaj trudno. W niektórych państwach znajduje się osobny wydział policyjny, oddający się wyłącznie temu zadaniu. Wiadomo powszechnie, jak chętnie wyłamują się kobiety publiczne od oględzin lekarskich. Tę niechętność spostrzegamy u wszystkich kobiet publicznych bez wyjątku; kobiety publiczne pod wielu względami są kosmopolitkami, ich zwyczaje i obyczaje bez względu na narodowość są wszędzie jednakie.

Do lekarza należy tylko zbadanie osób przez odpowiednie organa jemu wskazanych. Nad to nic więcej on nie zdoła uczynić i nie powinien czynić.

W szpitalach naszych dla chorób wenerycznych powinny być stanowczo osobne oddziały dla kobiet publicznych. Im powinno być bezpłatne leczenie zapewnione, żywienie polepszone. Na przykładach ilustruje kol. Z., jak zgubny wpływ wywierają kobiety publiczne w czasie swego pobytu w szpitalu na inne chore, nie oddające się prostytucyi.

Leczenie chorych udających się do szpitala powinno być bezpłatne; w ogóle przyjęcie do szpitala w celu leczenia powinno być bezwarunkowo ułatwione a tajemnica chorego ściśle przestrzegana.

Co do domów publicznych, kol. Z. oświadcza się przeciw nim, gdyż domy takie ludność miejscową demoralizują; sprzyjają one tylko wzmaganiu się prostytucyi a w końcu nie dają wcale gwarancyi zmniejszania się chorób wenerycznych, jak o tem świadczy statystyka chorób wenerycznych w ościennych krajach.

Kol. Borzęcki sądzi, że dla profilaktyki chorób wenerycznych ważnemby było w domach publicznych badanie mężczyzn.

W odpowiedzi kol. Borzęckiemu twierdzi kol. Z., że i te domy, w których mężczyźni również podlegają rewizyi, nie dają więcej gwarancyi od innych.

Kol. Schwarz: Sposób podany przez kol. Borzęckiego nie wystarczyłby, nie tyczy się bowiem tajnej prostytucyi, jest zatem połowiczy i jako taki nie prowadzi do celu.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VII. Sprawozdanie z V. zjazdu Towarzystwa dermatologicznego niemieckiego w Gracu.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Stósownie do uchwały powziętej na zeszłorocznym zjeździe dermatologów we Wrocławiu, odbył się tegoroczny zjazd w Gracu w dniach 23., 24. i 25. Września 1895. Za przedmiot do dyskusyi obrano pęcherzycę (*pemphigus*) a jako drugi temat: wpływ leczenia rtęcią w okresie kiły wczesnej na kiłę trzeciorzędną.

Referentami pęcherzycy byli Kaposi i Rosenthal z Berlina. Kaposi opierając swoje spostrzeżenia i doświadczenia na materyale klinicznym z ostatnich 25 lat, obejmującym 300 przypadków a obok tego 100 przypadków z własnej praktyki przychodzi do następujących wniosków:

Pęcherzyca jest chorobą ciężką, o wybitnych, przebieg i obraz kliniczny znamionujących cechach. W ciągu przebiegu postacie łagodne (*p. vulgaris*) nierzadko przechodzą w złośliwe (*p. foliaceus* i *vegetans*) i naodwrót. Przyczyna choroby zupełnie nieznana, występuje nagle u ludzi poprzednio zdrowych. U chorych Kaposiego procent śmierci wynosił 20%.

Zwracając się do opisanej przez Duhringa *dermatitis herpetiformis* nie uznaje Kaposi jej za chorobę *sui generis* i sądzi, że przypadki chorobowe przez różnych autorów pod tą nazwą opisane były albo liszajem obrączkowym (*herpes circinatus*) albo wielopostacim rumieniem wysiękowym (*erythema exsudativum multiforme*). Brak dostatecznie długiej obserwacyi, nieznaczne zboczenia w obrazie klinicznym choroby

stały się zdaniem mówcy powodem do wprowadzenia całego szeregu nowych postaci chorobowych, które dałyby się pomieścić w ramach pęcherzycy.

Jako drugi sprawozdawca mówił Rosenthal. Opierając się na kilkunastu spostrzeganych przez siebie przypadkach sądzi, że *dermatitis herpetiformis* Duhringa jest chorobą, która nie ma nic wspólnego z *pemphigus*. Przebieg jej jest łagodny, rokowanie zawsze dobre. W dyskusyi Schwimmer przyłącza się do zdania Rosenthala. Procent śmierci chorych swych na *pemphigus* podaje on na 50.

Neisser podziela zdanie poprzednika, że chorobę opisaną przez Duhringa należy wyłączyć jako odrębną; co do etyologii pęcherzycy oświadcza, że większość jego chorych stanowili Żydzi.

Neumann wreszcie, oględniejszy, nie przeczy istnieniu tej choroby, w Wiedniu jednak mimo pilnego zwracania uwagi w tym względzie, do tej pory jej nie widział.

Drugi dzień zjazdu wypełniła prawie zupełnie dyskusya nad pytaniem: czy i jaki wpływ wywiera leczenie rtęcią, stósowane w okresie wczesnym kiły na wystąpienie i częstość zmian trzeciorzędnych.

Niestety nikt (prócz Jadassohna) nie postarał się o statystykę w tej mierze (względnie jedynie rozstrzygającą) i cała też dyskusya zeszła na inny tor, t. j. na pytania: czy lepiej jest chorego (w okresie wczesnym) poddawać leczeniu rtęciowemu wtedy tylko, kiedy są wyraźne objawy chorobowe (leczenie symptomatyczne), czy też idąc za metodą Fourniera, leczyć chorych kiłowych przez przeciąg lat kilku bez względu na brak lub obecność objawów chorobowych badaniu przystępnych (leczenie przewlekłe, przerywane).

Jako pierwszy referent oświadcza się Caspary za leczeniem oględnem, umiarkowanem, stósownie do ciężkości choroby. Doświadczenie wieloletnie pouczyło go, że większość jego chorych po jedno lub dwurazowem leczeniu rtęcią była wolną przez szereg lat (czy na zawsze?) od wszelkich zmian chorobowych kiły. Wprowadzanie bez celu rtęci przez szereg lat, zdaniem jego, nie jest obojętnem dla ustroju. Jedynie kobiety publiczne poddaje leczeniu przewlekło-przerywanemu; Neumann robi to samo tylko z kandydatami do stanu małżeńskiego.

Neisser jako drugi referent w powyższym przedmiocie jest zwolennikiem Fourniera wychodząc z założenia: że choroba przewlekła, jaką jest kiła, powinna być poddaną leczeniu przewlekłemu.

Nie widział on nigdy działania niekorzystnego na ustrój i żadnych następstw przez długie zadawanie rtęci. Spostrzeżenia Kussmaula, tyczące się robotników zajętych w kopalniach rtęci, u których kiła w przebiegu swoim nie różniła się od zwykłego, nie osłabiają, zdaniem mowcy, jej swoistego działania, bo ludzie ci byli pod wpływem otrucia przewlekłego rtęcią, podobnie jak alkoholu, zimnicy, które wpływają niekorzystnie na przebieg kiły. Na poparcie twierdzenia, że jedynie leczenie rtęcią może mieć wpływ na częstość kiły trzeciorzędnej, wspomina o statystyce z okolic, gdzie chorzy kiłowi nie byli temu leczeniu poddawani (północna Rosya, do niedawna Hercegowina i Bośnia), gdzie procent kiły trzeciorzędnej wynosił 80, gdy w naszych stosunkach wynosi 10—12. W dyskusyi wykazuje Jadassohn statystycznie, że wśród kobiet publicznych we Wrocławiu, które albo nie były poddane leczeniu, albo tylko poddane jednorazowemu, procent kiły trzeciorzędnej wynosi 14·3, u leczonych zaś kilkakrotnie za ledwie 4·6%.

Finger, również zwolennik Fourniera, oświadcza się za leczeniem przewlekłem, stósowanem przez pierwsze dwa lata, i dziwi się, dlaczego Caspary stósuje je tylko u kobiet publicznych a Neumann u kandydatów do stanu małżeńskiego a więc u dwu kategoryj chorych, u których przez leczenie chcielibyśmy jak najdokładniej i najśpieszniej usunąć zakażenie.

Kaposi, Schwimmer, Pick i Jarisch występują przeciw leczeniu przewlekło-przerywanemu.

Mraček nie wdając się w ocenienie, która z dwu tych metod jest więcej uzasadnioną, wypowiada kategorycznie, że jego długoletnie spostrzeżenia i doświadczenia utwierdziły go w tem przekonaniu, iż nie ma wyleczenia kiły bez poddania chorego leczeniu rtęciowemu, ale występuje również przeciw metodzie Fourniera. Tak więc dyskusya nad tym przedmiotem nie doprowadziła do wyników stanowczych. Zwolennicy leczenia Fournierowskiego nie przekonali obozów symptomatologów i naodwrót; większość jednak odrzuca sposób leczenia przewlekłego, t. j. zalecany przez Fourniera.

Z szeregu wielu zapowiedzianych odczytów odbyła się część tylko dla braku czasu. O leczeniu kiły wstrzykiwaniami sublimatu według metody Łukasiewicza (dawka jednorazowa 0·05), jednakowoż przez prelegenta zmodyfikowanej, mówił Glück (Polak) z Serajewa, zwracając uwagę na szybkie i korzystne działanie, zwłaszcza w zmianach kiłowych krtani.

Justus przedstawił graficznie zachowanie się ilościowe hemoglobiny u kiłowych w razie leczenia rtęcią i wykazuje, że w pierwszej chwili (6—24 godzin) po wprowadzeniu rtęci do ustroju (ale tylko u kiłowego) zmniejsza się ilość hemoglobiny, dalsze zaś wprowadzanie rtęci powiększa ją do prawidłowej ilości i ta utrzymuje się w ciągu dalszego leczenia na równi (obserwował i badał krew chorych kiłowych przez 3—8 tygodni).

Co do zewnętrznej strony zjazdu, nie był on tak liczny jak poprzednie; liczba uczestników wynosiła około 70. Z Polaków brali udział: Doc. A. Zarewicz z Krakowa, Kozerski i Daniewski z Warszawy i Glück ze Serajewa.

Na miejsce najbliższego zjazdu w r. 1897 zaproponowano Sztrasburg.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Października 1895 r.

— Uczniowie trzech ostatnich lat Wydziału lekarskiego w Uniw. Jagiellońskim zrobili wczoraj szczerą a niespodziewaną owacyę prof. M. L. Jakubowskiemu z powodu mianowania go profesorem zwyczajnym. Wchodzącego do sali wykładowej profesora powitali nader licznie zebrani uczniowie przeciągłymi oklaskami a doktorand Droba w kilku z serca płynących wyrazach oddał hołd zasługom naukowym, nauczycielskim i obywatelskim prof. Jakubowskiego, założyciela i dyrektora szpitala krakowskiego dla dzieci św. Ludwika, spełniającego tak chlubnie swe przeznaczenie naukowe i humanitarne. Do owacyi przyłączyli się także i zgromadzeni lekarze asystenci i złożyli również czcigodnemu profesorowi swe życzenia, do których i my się przyłączamy.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiell. powierzył na mocy upoważnienia Ministerstwa oświaty doc. Drowi F. Sroczyńskiemu prowadzenie kliniki okulistycznej i egzaminowanie z okulistyki aż do ukończenia rokowań z prof. Wicherkiewiczem w Poznaniu o objęcie katedry.

— Na wiadomość o śmierci prof. Oettingera przesłało Towarzystwo lekarzy galicyjskich Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu na ręce prezesa, prof. Walentowicza następujący telegram:

Przesyłamy wyrazy współczucia Towarzystwu lekarskiemu po stracie członka tegoż nieodżałowanej pamięci Dra Oettingera, męża pełnego zasług na polu naukowem i gorliwego obywatela a zarazem prosimy o złożenie kondolencyi rodzinie naszem imieniem.

Dr. Merunowicz, *prezes*. Dr. Świątkiewicz, *sekretarz*.

— Temi właśnie dniami wyszedł z druku w niezwykle pięknem pod względem typograficznym wydaniu **Kalendarz lekarski krakowski na rok 1896.**, wydany na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Dra Jana Raczyńskiego Kalendarz ten, ułożony zresztą zupełnie na wzór roczników poprzednich i zawierający prócz kalendarza kościelnego wiele wiadomości dla każdego lekarza u nas niezbędnych jak np. podręcznik terapeutyczny z dodatkami, wykaz władz sanitarnych, spis abecadłowy lekarzy w W. Księstwie krak. i Galicyi z dodaniem ich siedziby i t. d. mieści w roku bieżącym całkiem nowe a bardzo ważne pod względem praktycznym rozdziały: *O poszukiwaniu prątków gruźliczych, o poszukiwaniu prątków błoniczych, o stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej*. Ponieważ tym sposobem treść odpowiada wszelkim słusznym wymaganiom tak, jak tego uczynić nie mogą wydawnictwa tego rodzaju niemieckie, ponieważ dalej i format bardzo jest dogodny a cena nader przystępna (z przesyłką pocztową poleconą 1 złr. 80 ct.), przeto Kalendarz lekarski krakowski polecić możemy sumiennie czytelnikom *Przeglądu lekarskiego*.

— II. wiec Izb lekarskich w Bernie powziął dnia 5. b. m. między innemi następujące uchwały:

1) Sprawę urządzeń dobroczynnych dla lekarzy porucza się do szczegółowego opracowania osobnemu komitetowi, który ma przedłożyć swoje wnioski do orzeczenia każdej Izbie z osobna.

2) Etykę lekarską mają ułożyć Izby lekarskie: szląska, morawska i obie czeskie, a to z uwzględnieniem uchwał Izby lek. wiedeńskiej o reklamie lekarskiej.

3) Reformę studyów i ścisłych egzaminów lekarskich uznaje wiec za niezbędną. Izby lekarskie, o ile tego dotąd nie uczyniły, mają wnieść petycye do ministerstwa oświaty o zwołanie ankiety w tej sprawie, z powołaniem do niej delegatów Izb lekarskich.

4) Wszystkie Izby lekarskie mają wnieść zbiorowe podanie do Ministerstwa Sprawiedliwości z prośbą o wydanie polecenia, by c. k. Sądy zawiadamiały Izby lekarskie o przekroczeniach i wyrokach sądowych na lekarzy tak, jak już zawiadamiają Izby adwokackie i notaryalne.

5) Żądania kilku Izb lekarskich w sprawie reformy ustawy o kasach chorych mają być zebrane w jeden zgodny elaborat, mający służyć za dyrektywę delegatom Izb lekarskich, zaproszonym do mającej się zwołać w tejże sprawie ankiety.

6) Wiec zwraca się do obecnego posła do Rady Państwa, Dra Wolana (z Czerniowiec) z prośbą o popieranie w niej, wespół z innymi lekarzami posłami spraw stanu lekarskiego.

7) Izbą zarządzającą wiecem na rok przyszły obrano Izbę lek. wiedeńską.

— Pytanie, czy uzdrowiska dla suchotników grożą jakiem niebezpieczeństwem dla ludności miejscowej, nabrało praktycznego znaczenia w ostatnich czasach, gdy zaczęto wznosić zakłady przeznaczone wyłącznie dla leczenia osób chorych na gruźlicę płucną. Jakoż trafiły się już w Niemczech przypadki, iż ludność miejscowa w obawie o samą siebie zaczęła stawiać poważne przeszkody dla wznoszenia uzdrowisk dla suchotników na swem terytoryum, podając za przyczynę, iż nagromadzenie znacznej liczby suchotników w jednym punkcie zakazi daną miejscowość i stanie się źródłem znacznego niebezpieczeństwa dla jej mieszkańców. Otóż Dr. Nahm, lekarz uzdrowiska dla suchotników w Falkensteinie w górach Taunus, zakładu czynnego już od r. 1876. zajął się tą sprawą i rozwiązał ją, przynajmniej na teraz dla Falkensteinu, na podstawie dat statystycznych, tyczących się chorobliwości i śmiertelności ze suchot płucnych w latach 20 przed założeniem wymienionego uzdrowiska, jak i po jego założeniu w latach 1877—1894. Otóż z tych dat pokazało się, iż w Falkensteinie przypadło w latach 1856 do 1876. na ogół zmarłych 18·9% suchotników, gdy odpowiednia liczba dla 1877—1894 wynosi tylko 11·9, czyli innemi słowy, że nagromadzenie suchotników w znacznej liczbie nie wywarło żadnego niekorzystnego wpływu na rozszerzenie się suchot płucnych w Falkensteinie. Obawy przeto o zakażenie danej miejscowości przez założenie w niej uzdrowiska dla suchotników są płonne i nieuzasadnione.

— Zupełnie podobne do Morza Martwego w Palestynie znajduje się w północnej Ameryce jezioro, dla swych przymiotów leczniczych Lekarskiem (*Medical Lake*) zwane. Jest ono w Stanie Washingtonie na wyżynie w wysokości 610 metrów nad poziomem Oceanu Spokojnego. Długość jego 1600, średnia szerokość 1200, głębokość wody 18 metrów. Lubo gęstość wody i ilość zawartej w niej soli mają być prawie takie same, jak w palestyńskiem Morzu Martwem, mają żyć przecież w niem pewne zwierzęta, jak mianowicie pewien gatunek bardzo małego żółwia i nieznana gdzieindziej ryba, mająca 20 cm. długości i używająca swych przednich płetw do czołgania się po ziemi, coby wskazywało, że ilość soli w owem jeziorze amerykańskiem nie może być tak znaczna, jak w Morzu Martwem w Palestynie. W odległości 2 kilometrów od jeziora nie ma być żadnej wegetacyi.

— **Nekrologia.** Zmarł w dniu 15. b. m. w 73. roku życia w Warszawie **Leon Konitz**, doktor medycyny i chirurgii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 41. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*). H. Higier: Niezwykle rzadka postać zmiennego skrzywienia bocznego kręgosłupa w przebiegu rwy kulszowej (*scoliosis ischiadica alternans*) (dok.). H. Nusbaum: Medycyna nauką jest czy sztuką? — W *Medycynie* Nrze 41. W. Orłowski: Ludwik Pasteur. W. Ołtuszewski: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 23. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Ludomił Korczyński przedstawi chorych z kliniki wewnętrznej, poczem będzie mówił kol. prof. Bujwid: *O wynikach badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych w roku zeszłym przez podkomisyę wodociągową* a kol. Zanietowski młodszy: *O zmianach pobudliwości nerwów w okolicy katody pod wpływem prądów galwanicznych i ich znaczeniu dla elektroterapii.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.